

ПСИХІАТРІЯ

Навчальний посібник

для магістрів та бакалаврів «Сестринська справа»

Рекомендовано центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації (протокол №1 від 01.04.2013р.)

БК
УДК
П

Автори: Н.О.Марута, І. С. Вітенко, Г.М. Кожина, В.І. Коростій

Ю.Н. Завалко, В.З. Задорожний, А.С.Баль

Рецензенти:

Кришталь Євгеній Валентинович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти

Пшук Наталія Григорівна - д.мед.н., професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

***Психіатрія** (Підручник для магістрів та бакалаврів «Сестринська справа»*

/ Н.О.Марута, І.С.Вітенко, Г.М. Кожина, В.І. Коростій та ін. — К.: ВСВ “Медицина”, 2013.
— 150 с.

Підручник “Психіатрія” створено для використання у закладах вищої медсестринської освіти відповідно до типової програми з дисципліни “Психіатрія” для магістрів та бакалаврів зі спеціальності „Сестринська справа”, затвердженої МОЗ України.

Навчальний матеріал викладено в чотирьох частинах: «Психіатрія, як медична дисципліна», «Психічні порушення», «Особливості організації роботи медичної сестри з психічнохворими», «Здоровий спосіб життя, як профілактика психічних захворювань».

У першій частині наведено загальні закономірності формування психічних розладів. У розділі загальної психопатології описано клінічні особливості психопатологічних симптомів і синдромів у дітей і підлітків.

У частині спеціальної психіатрії описані всі нозологічні форми психічних розладів.

Для магістрів та бакалаврів зі спеціальності „Сестринська справа”, курсантів закладів підвищення кваліфікації медичних сестер, безперервного навчання сестринського персоналу закладів охорони здоров'я всіх рівнів і типів надання допомоги.

ISBN

© Н.О.Марута, І. С. Вітенко, Г.М. Кожина, В.І. Коростій
Ю.Н. Завалко, В.З. Задорожний, А.С.Баль

© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2013

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА

ЧАСТИНА 1. ПСИХІАТРІЯ, ЯК МЕДИЧНА ДИСЦИПЛІНА

РОЗДІЛ 1.1 ПРЕДМЕТ ТА ЗАВДАННЯ ПСИХІАТРІЇ. ЗВ'ЯЗОК ПСИХІАТРІЇ З ІНШИМИ РОЗДІЛАМИ МЕДИЦИНИ.

РОЗДІЛ 1.2 НАЙВАЖЛИВІШІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ. РОЛЬ ВІТЧИЗНЯНИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТКУ СВІТОВОЇ ПСИХІАТРІЇ.

ЧАСТИНА 2. ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ.

РОЗДІЛ 2.1 ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ.

РОЗДІЛ 2.2 ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПСИХОТЕРАПІЯ, ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА. ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ.

ЧАСТИНА 3. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ, ЯК ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ.

РОЗДІЛ 3.1 НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ. ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

РОЗДІЛ 3.2 ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я. ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я. ГІГІЄНА СТАТЕВИХ ВІДНОСИН, ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.

ЧАСТИНА 4. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПСИХІЧНОХВОРИМИ.

РОЗДІЛ 4.1 САНІТАРНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ ТА ТЕХНІКА БЕЗПЕКИ В ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ. ЗДІЙСНЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ.

РОЗДІЛ 4.2 ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ. РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ, ЇЇ ВИДИ ТА ЗАСОБИ ВТІЛЕННЯ.

ДОДАТОК 1 ЗАКОНОДАВСТВО ТА НОРМАТИВНА БАЗА

ДОДАТОК 2. СТАНДАРТИ ДОГЛЯДУ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ ЗА ПСИХІЧНО ХВОРИМИ ПАЦІЄНТАМИ

ДОДАТОК 3. ТАБЛИЦІ ТА СХЕМИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ПЕРЕДМОВА

Збереження здоров'я нації — одне з першочергових завдань, що стоять перед державою. Соціальне значення охорони психічного здоров'я в національних масштабах знайшло своє відображення у відповідних постановах Уряду та Верховної Ради України. Створено національну програму охорони психічного здоров'я. Однак поширеність психічних порушень при різних захворюваннях визначає потребу у вивченні їхніх клінічної картини, перебігу, лікування і наслідків майбутніми лікарями будь-яких спеціальностей.

Одним із найважливіших шляхів збереження і зміцнення психічного здоров'я нації є підвищення якості підготовки з психіатрії медичних сестер лікувальних, тому що як показав закордонний досвід, саме висококваліфіковані медичні сестри забезпечують якість лікувального процесу в психіатричних закладах, є важливою ланкою діагностики і профілактики психічних порушень.

Зростання кількості навчальних закладів вищої медсестринської освіти диктують потребу у відповідній навчальній літературі. Однак у незалежній Україні не було створено жодного підручника або навчального посібника з психіатрії для студентів навчальних закладів вищої медсестринської освіти. З огляду на вищесказане авторами створений підручник, призначення якого — допомогти підвищити рівень підготовки з психіатрії медичних сестер. Підручник “Психіатрія” створено для використання у закладах вищої медсестринської освіти, а також курсантами закладів підвищення кваліфікації медичних сестер, безперервного навчання сестринського персоналу закладів охорони здоров'я всіх рівнів і типів надання допомоги.

Підручник „Психіатрія” для магістрів та бакалаврів „Сестринська справа” складений у відповідності до типової „Програми з психіатрії у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації та на факультетах і відділеннях вищої медсестринської освіти у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації, закладах підвищення кваліфікації медичних сестер, безперервного навчання сестринського персоналу закладів охорони здоров'я всіх рівнів і типів надання допомоги”. Таким чином, підручник адресований до широкого кола читачів, які вивчають сестринську справу або підвищують кваліфікацію.

Навчальний матеріал викладено в чотирьох частинах: «Психіатрія, як медична дисципліна», «Психічні порушення», «Особливості організації роботи медичної сестри з психічнохворими», «Здоровий спосіб життя, як профілактика психічних захворювань».

У першій частині мова йде про предмет та завдання психіатрії, зв'язок психіатрії з іншими розділами медицини, найважливіші етапи розвитку психіатрії, зокрема роль вітчизняних вчених в розвитку світової психіатрії. Розглядаються поняття про психічне здоров'я, психічні порушення та психічні хвороби, про симптом, синдром, нозологічну одиницю, реєстри психічних розладів. Наведено загальні закономірності формування психічних

розладів

У другій частині - «Психічні порушення» - описано клінічні особливості психопатологічних симптомів і синдромів, нозологічні форми психічних розладів, гендерні та вікові відмінності психічних порушень. Розглядаються основні принципи лікування психічних захворювань. Значна увага приділяється психотерапії, психогігієні, психопрофілактиці.

Частина «Особливості організації роботи медичної сестри з психічнохворими» був найбільш складним при створенні, так як практично не має прототипів у вітчизняній навчальній літературі. Розглядаються різні аспекти здійснення медсестринського процесу при психічних захворюваннях: санітарно-охоронний режим, вимоги техніки безпеки в психіатричних закладах, деонтологічні аспекти в роботі медичної сестри. Описані особливості роботи медичної сестри в психоневрологічному диспансері, в домах-інтернатах для психічно хворих. Значна увага приділяється реабілітації психічно хворих, у всіх її видах та засобах втілення.

Заклучна частина «Здоровий спосіб життя, як профілактика психічних захворювань» містить основи наукових уявлень про здоровий спосіб життя. Розглядаються етичні аспекти пропаганди здорового способу життя, його вплив на психічне здоров'я. Наведено відомості про гігієну статевих відносин, планування сім'ї, виховання дітей, як основу формування здорового способу життя.

Авторами вивчений та використаний при створенні підручника закордонний досвід підготовки високо кваліфікованих медичних сестер, зокрема _____

Автори висловлюють подяку за багаторічну співпрацю та обмін досвідом _____

ЧАСТИНА 1. ПСИХІАТРІЯ, ЯК МЕДИЧНА ДИСЦИПЛІНА

РОЗДІЛ 1.1 ПРЕДМЕТ ТА ЗАВДАННЯ ПСИХІАТРІЇ. ЗВ'ЯЗОК ПСИХІАТРІЇ З ІНШИМИ РОЗДІЛАМИ МЕДИЦИНИ.

Психіатрія — медична дисципліна, що вивчає діагностику й лікування, етіологію, патогенез, епідеміологію психічних хвороб і організацію психіатричної допомоги.

Психіатрія (грец. *psyche* — душа, *iatreia* — лікування) — лікування душі.

Завдання психіатрії:

- 1) вивчення поширеності, умов виникнення, нозологічної структури і клінічних особливостей психічних захворювань;
- 2) вивчення етіології і патогенезу психічних захворювань;
- 3) лікування і профілактика психічних захворювань;
- 4) соціально-трудова реабілітація хворих;
- 5) трудова, судова і військово-лікарська експертиза;
- 6) ужиття санітарно-освітніх і психогігієнічних заходів.

Розвиток наукової психіатрії та потреби практичної охорони здоров'я сприяли виникненню різних розділів психіатрії.

Загальна психіатрія — вивчає більшість психічних захворювань і особливості їх лікування.

Дитяча психіатрія — вивчає особливості клініки, перебігу, кінцевих станів та лікування психічних захворювань у дітей.

Підліткова психіатрія — вивчає психічні порушення у підлітків і особливості їх лікування.

Геронтологічна психіатрія — вивчає особливості клініки, перебігу та лікування психічних захворювань у людей старечого віку (пресенільні, сенільні, судинні розлади).

Наркологія — вивчає особливості психічних порушень у разі інтоксикацій, що виникають через вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків, токсичних речовин), а також особливості формування залежності й деградації особистості у разі зловживання психоактивними речовинами.

Судова психіатрія — розробляє основи судово-психіатричної експертизи та способи профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих.

Пенітенціарна психіатрія — вивчає особливості психічних порушень у людей, які перебувають у місцях позбавлення волі, а також фактори ризику здійснення протиправних дій.

Соціальна психіатрія — вивчає роль соціальних факторів в етіології, клініці, перебігу, лікуванні та профілактиці психічних розладів і розробляє наукові основи організації психіатричної допомоги.

Біологічна психіатрія — теоретична галузь психіатрії, що вивчає біологічні механізми розвитку психічних розладів, а також механізми дії

різних видів терапії.

Сексопатологія — вивчає особливості розвитку та лікування різних порушень статевої ідентичності, сексуальної переваги, а також психологічні та поведінкові проблеми, пов'язані із сексуальним розвитком та орієнтацією.

Психотерапія — вивчає методи та показання до застосування різних видів психотерапевтичного впливу на хворих.

Суїцидологія — вивчає причини й розробляє запобіжні заходи проти самогубств, а також суїцидальної поведінки, що передують самогубству.

Ортопсихіатрія — вивчає разом із психологією, соціологією та іншими медичними дисциплінами різні форми порушення поведінки та її корекцію, приділяє особливу увагу профілактиці цих порушень у дітей.

Транскультуральна психіатрія — вивчає порівняльні особливості психічних порушень у людей різних націй, культур і суспільного ладу.

Психіатрія — невід'ємна складова медицини, органічно пов'язана з усіма її розділами. Кожен медичний працівник у своїй практичній діяльності неодноразово буде стикатися з різними проблемами психіатрії. Це зумовлено тим, що при всіх захворюваннях виникають ті або ті психічні порушення — від непсихотичних (найчастіше) до психотичних, а іноді і дефектно органічних. Необхідно адекватно визначити реєстр цих порушень і свою тактику в кожному конкретному випадку.

Медичні працівники повинні вміти:

- розпізнавати найважливіші ознаки (симптоми та синдроми) психічних розладів;
- визначати психічні розлади, що вимагають екстреної психіатричної допомоги, недобровільної госпіталізації, а також встановлювати способи її здійснення;
- приділяти особливу увагу соматопсихіатрії та психосоматичних аспектам;
- використовувати ряд психотерапевтичних методик;
- контактувати з психічно хворими, зжити страх перед ними, виявляти ознаки соціальної небезпеки;
- вірно вести медичну документацію;
- знати основні положення Закону України про психіатричну допомогу.

Психіатрія належить до тих напрямів медичної діяльності, які найбільш актуальні з позицій правового регулювання. В даний час **нормативно-правову базу психіатрії України складають:**

— Конституція України (ст. 49);

— Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року;

— Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року;

— Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 р.;

— Закон України "Про інформацію" від 2 жовтня 1992 р. та інші.

Серед основних правових документів, що регулюють надання спеціалізованої медичної допомоги хворим із психічними хворобами особливе місце займає Закон України про психіатричну допомогу (поточна редакція - Редакція від 09.12.2012). Цей Закон визначає правові та організаційні засади

забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

З метою дотримання прав людини у сфері охорони психічного здоров'я розроблено фундаментальні принципи, які сформульовані у вигляді основних прав Всесвітньою федерацією психічного здоров'я і Гарвардським Центром Співробітництва у сфері законодавства про охорону здоров'я, що діє під егідою ВООЗ. Права-принципи є невідчужуваними, повинні включатись у законодавство і дотримуватись на практиці в усьому світі незалежно від політичних систем, культурних традицій чи інших особливостей окремих держав. Серед них визначено:

1. Право на гуманне, таке, що спрямоване на повагу до гідності людини, поводження і професійно організоване обслуговування;
2. Добровільність госпіталізації;
3. Право особи, яку госпіталізують, на всебічний і безпристрасний судовий розгляд питання про госпіталізацію;
4. Умови утримання госпіталізованих, що не обмежують права таких осіб, зокрема їх право на вільне спілкування;
5. Заборона дискримінації лише на основі поставленого особі діагнозу психічного захворювання.

Психіатрична допомога повинна надаватись на підставі таких організаційно-правових принципів:

Законності, що полягає у вимозі дотримання положень нормативних правових актів при наданні психіатричної допомоги. Особливо це актуально в повсякденній діяльності медичних працівників психіатричних лікарень, оскільки саме тоді самі хворі і їх права найуразливіші і можуть бути обмежені і применшені.

Гуманності, що проявляється двояко: з одного боку, це гуманність щодо самих осіб, які страждають на психічне захворювання, а з іншого - захист здорових громадян від суспільно небезпечних дій і посягань з боку осіб, які страждають на психічне захворювання.

Дотримання прав людини і громадянина. Розуміння цього принципу - надання психіатричної допомоги - полягає у прагненні максимально зрівняти правовий статус психічно хворої людини і статус хворого соматичним захворюванням, захисті прав, свобод і законних інтересів, які страждають на психічні розлади. У контексті цього принципу розглядаємо презумпцію психічного здоров'я, тобто кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та у порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

Доступності, що полягає у державних гарантіях безоплатного надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Необхідності і достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями відповідно до сучасного рівня наукових знань. Цей принцип полягає у державних гарантіях фінансування психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги, надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах. Окрім цього, передбачається надання психіатричної допомоги в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Добровільності, яка є базовим принципом надання цього виду допомоги, ключовою ознакою правового регулювання. У Законі України "Про психіатричну допомогу" усі види психіатричної допомоги (психіатричний огляд, амбулаторна психіатрична допомога, госпіталізація) надаються лікарем-психіатром 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. Проголошення добровільності звернення за психіатричною допомогою можна назвати революційним кроком вітчизняного законодавця. Це - істотний заслін можливим спробам недобровільної госпіталізації осіб не за медичними показаннями, а, наприклад, за політичними переконаннями чи якимось іншими ознаками. Обмеженнями з принципу добровільності, тобто, коли будь-який вид психіатричної допомоги може бути наданий без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника, є такі:

- коли особа вчиняє чи виявляє реальний намір вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих;
- коли особа неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

За наявності таких умов особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її згоди або без згоди її законного представника до ухвали суду, якщо її обстеження або лікування можливі тільки в стаціонарних умовах, а психічний розлад є тяжким (ст. 14, 16 Закону України "Про психіатричну допомогу").

Особливостями надання психіатричної допомоги в Україні є її диференційованість, послідовність і ступінчастість.

Диференційованість полягає в чіткій організації допомоги різним контингентам хворих (загальна, дитяча, підліткова, геріатрична, судово-психіатрична експертиза, наркологічна служба).

Наступність роботи ґрунтується на тісній взаємодії психіатричних установ-організацій різного рівня (стаціонарного, напівстаціонарні, амбулаторного), що забезпечують безперервну, послідовну медичну та соціальну допомогу пацієнту і за необхідності - його родині.

Ступінчастість психіатричної допомоги полягає в можливості надання допомоги в різних медичних установах (психіатричних кабінетах, в психоневрологічних диспансерах).

РОЗДІЛ 1.2 НАЙВАЖЛИВІШІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРІЇ. РОЛЬ ВІТЧИЗНЯНИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТКУ СВІТОВОЇ ПСИХІАТРІЇ.

Короткий нарис історії психіатрії. Психічні хвороби супроводжують людство протягом усієї історії його існування. У донауковий період історії медицини превалювало примітивно-теологічне розуміння аномальної поведінки хворих, що знайшло відображення в міфах і легендах. Так, у Біблії описано випадки душевного розладу у вавилонського царя Навуходоносора (мізантропія), в іудейського царя Саула (меланхолія й епілепсія).

Зародження психіатрії пов'язане з ім'ям великого лікаря і мислителя античної Греції Гіппократа, якого справедливо вважають засновником наукової медицини. Гіппократ першим стверджував, що в душевнохворих страждає мозок і тому їх повинен лікувати лікар. Гіппократ вважав, що психічні особливості людини визначаються поєднанням чотирьох основних соків живого організму (кров, слиз, жовта і чорна жовч), і залежно від переважання одного з них розрізняв 4 типи темпераменту: сангвінік, флегматик, холерик, меланхолік. Гіппократ оцінював душевні хвороби як виліковні і рекомендував хворим спокій тіла, дієту, ванни, холодні обливання, легкий моціон і легку гімнастику, блювотні і проносні засоби.

Під сильним впливом Гіппократа перебував Аристотель — філософ, що приділяв увагу вивченню душевних хвороб. Він відзначав схильність епілептиків до жорстокості, а меланхоліків уважав талановитішими порівняно з іншими людьми.

Лікар Аретей описував епілепсію, меланхолію, манію, їхні клінічну картину, перебіг і наслідки, а також гострі психози при соматичних захворюваннях.

Клавдій Гален вивчав головний мозок як місцеперебування розуму (помисли розміщуються в серці, бажання — у печінці). Душевні хвороби Гален розмежовував на гострі і хронічні. До гострих відносив пропасне марення, до хронічних — меланхолію.

В епоху Середньовіччя розвиток науки загальмувався. У цей період панувало вчення церкви про диявольську мару, про боговідступництво, про святість і біснуватість, тому будь-яке порушення психіки оцінювалося не як хвороба, а як наслідок добровільного спілкування з дияволом.

Проте в епоху Середньовіччя почали зароджуватися і прогресивні погляди на природу психічних хвороб. Так, знаменитий арабський учений Авіценна вважав хворобою порушення психічної діяльності і закликав лікувати їх. Ці погляди Авіценни реалізувалися в будівництві лікарень для психічно хворих.

Наприкінці XVII — на початку XVIII ст. у зв'язку з розширенням міст і скупченістю населення влада наказувала родичам хворих охороняти спокій тих, хто живе поряд. Хворих зв'язували, приковували ланцюгами, закривали в приміщеннях. У Європі з'являються притулки для душевнохворих. Однак,

хоча в цих закладах хворих не страчували і не спалювали, ставлення до них було жорстоким. Прикладом цього може служити організований в Англії психіатричний заклад Бедлам. У Бедламі хворих тримали в маленьких кімнатах із кам'яною підлогою, без меблів, приковували ланцюгами до стін.

В епоху зародження капіталізму в Європі відбувається поступове звільнення науки з-під впливу богослов'я. Створюються передумови для формування психіатрії як науки. У XVIII ст. у Франції відбувається буржуазна революція, яка спричинила суттєві соціальні зміни. Французькі філософи Ламерті, Дідро, Кабаніс, Гольбах, Гельвецій справили надзвичайний вплив на розвиток медицини. Відповідно до трактату Кабаніса, психічні хвороби є хворобами мозку. З'явилася можливість законодавчо змінити становище психічно хворих.

Французький психіатр Філіп Пінель (1745—1826), головний лікар психіатричної лікарні Бісетра, домогся в Національного Конвенту дозволу зняти ланцюги з душевнохворих і увійшов в історію як батько сучасної психіатрії. Філіп Пінель — основоположник психіатрії у Франції, основна його заслуга полягає в тому, що він “підніс божевільного до рангу душевнохворого”. Найближчий учень Пінеля, Ж. Ескероль, заснував науково-клінічну психіатрію, узаконив вимогу про обов'язковий медичний огляд осіб, яких поміщають у психіатричні заклади. Ескероль започаткував вивчення прогресивного паралічу, установив значення соматичних симптомів у клініці психозів, розмежував ілюзії й галюцинації.

Реформу, розпочату Пінелем, продовжив в Англії Коноллі, професор Лондонського університету, що проголосив принцип вільного пересування психічно хворих.

У середині і другій половині XIX ст. психіатрія досягла значного розвитку. Віденський психіатр Т. Мейнерт описав аменцію, німецький психіатр К. Верніке першим визначив алкогольний галюциноз, увів поняття надцінних ідей, псевдогалюцинацій, галюцинозу, галюцинаторної сплутаності.

Наприкінці XIX ст. значного розвитку набуває симптоматична психіатрія: систематизований маячний психоз (В. Магнан), циркулярне божевілля, кататонія (К. Кальбаум), гебефренія (Е. Геккер), гебоїдофренія (К. Кальбаум), дизнойя (С.С. Корсаков). Симптоматологічний напрям обмежувався описанням симптомів, симптомокомплексів, якими проявляються психічні захворювання, без урахування їхніх етіології і патогенезу. Цей період у розвитку світової психіатрії визначається як донозологічний, однак уже тоді було описано дві нозологічні одиниці: прогресивний параліч (А. Белль), алкогольний поліневритичний психоз (С.С. Корсаков). Велику роль у формуванні нозологічних поглядів у психіатрії відіграли праці німецького вченого Е. Крепеліна. Він стверджував, що душевна хвороба — закономірний біологічний процес із певною етіологією, характерними психічними й фізичними ознаками, патологоанатомічною основою, типовим перебігом і заздалегідь визначеним наслідком. Крепелін виділив дві ендogenous психічні хвороби — раннє

слабоумство (*dementia praecox*) і маніакально-депресивний психоз.

У ХХ ст. набуло поширення вчення К. Бонгеффера про екзогенні типи реакції у вигляді порушення свідомості на вплив екзогенних шкідливих чинників (інфекції, інтоксикації). У 1911 р. швейцарський психіатр Е. Блейер запропонував назву “шизофренія” для позначення хвороби, описаної Е. Крепеліном. А. Альцгеймер охарактеризував патогістологію прогресивного паралічу, виділив особливу форму раннього старечого слабоумства. Великий вплив на розвиток психіатрії в Європі й особливо в США спричинило вчення З. Фрейда. Основним положенням цього напрямку психіатрії є визнання переважання несвідомого над свідомим. Несвідоме, за Фрейдом, — це інстинкти, у першу чергу статевий, які і зумовлюють усю психічну діяльність людини. Відповідно до теорії Фрейда, конфлікт, що виникає між підсвідомим і несвідомим, якщо його не виявлено і не вжито заходів щодо його усунення, може призвести до неврозу.

Історія вітчизняної психіатрії. У слов'янських країнах ставлення до психічно хворих завжди було гуманнішим, ніж у країнах Західної Європи. Самі назви душевних хвороб свідчать про те, що слов'яни вважали ці захворювання божою карою: “божа неміч”, “божий сказ”. Хворих називали божевільними, божегнівними. Деяких хворих проголошували юродивими, святими і намагалися в їхніх розмовах убачати різні пророцтва і поради.

Уже в Київській Русі створювалися організації для догляду за психічно хворими. Так, в “Уставі” Володимира до обов'язків церкви було додано піклування про “біснуватих” нарівні зі старцями й каліками. У 1554 р. цар Іван Грозний видав указ, що вимагав від монастирів піклуватися про “легкодухих”, забезпечувати їм догляд і харчування, а також сердечне і лагідне до них ставлення. Таким чином, перші організаційні форми допомоги психічно хворим на Русі виникли на 3 століття раніше, ніж у Європі, а психічні захворювання розглядалися як хвороби мозку.

При Петрі I було видано указ про створення спеціальних госпіталів для психічно хворих. Із 1775 р. почали відкриватися психіатричні відділення при лікарнях. Перший будинок для божевільних було відкрито у Новгороді в 1776 р., а в 1779 р. було побудовано першу спеціалізовану психіатричну лікарню в Петербурзі, у Москві — у 1809 р. Першу в Україні психіатричну лікарню було відкрито в 1796 р. в Харкові (“Сабурова дача”).

У 1834 р. професор кафедри хірургії Харківського університету П.А. Бутковський написав підручник “Душевні хвороби”, що був не тільки першим підручником, виданим російською мовою, а й першим підручником із психіатрії у слов'янських землях і одним із перших у Європі. У цьому підручнику містяться прогресивні положення про роль головного мозку, значення фізіологічних і соматичних розладів у розвитку психозів. Бутковський стверджував, що душевні хвороби, як і тілесні, мають провісників, перебіг і наслідки. Офіційно в Російській імперії викладання психіатрії на медичних факультетах було проголошено в 1835 р., однак читання цього курсу продовжили викладачі інших спеціальностей.

Першу кафедру психіатрії було відкрито при Петербурзькій медико-

хірургічній академії в 1857 р., яку очолив І.П. Балінський. Він і його учень І.П. Мержеєвський є засновниками петербурзької психіатричної школи, що відрізняється своїми біологічними напрямками. У Москві в 1869 р. психіатрію викладав невропатолог А.Я. Кожевников, а після відкриття окремої клініки — С.С. Корсаков. Ім'я Корсакова пов'язане як із серйозними науковими досягненнями, так і з докорінними реформами у вітчизняних психіатричних закладах. Він створив оригінальну класифікацію психічних хвороб, у якій описав окремі нозологічні форми (дистонія, алкогольний психоневротичний психоз). Чільне місце в історії російської психіатрії посідає К.Х. Кандинський, що написав класичну працю “Про псевдогалюцинації”, яка стала своєрідним посібником із психопатології марення, галюцинацій і псевдогалюцинацій.

У середині ХІХ ст. зароджується наукова психіатрія в Україні. Першу самостійну кафедру психіатрії і неврології було створено в 1877 р. у Харківському університеті, очолював її професор П.І. Ковалевський, відомий своїми роботами із психології, анатомії, психографії, що запропонував свою класифікацію психічних захворювань. З 1883 р. П.І. Ковалевський видає перший вітчизняний журнал “Архів психіатрії, неврології і судової психопатології”.

Значну роль у розвитку української психіатрії відіграли вчені Харківської школи. Професор А.Я. Анфімов — автор всесвітньо відомих робіт, присвячених методам психологічного дослідження. Професор К.І. Платонов — відомий фахівець у галузі психотерапії, автор монографії “Слово як лікувальний і фізіологічний фактор”, що дотепер не втратила свого значення. Академік В.П. Протопов описав вегетативні порушення при афективних психозах, відомі як тріада Протопопова. Академік Е.А. Попов — автор фазно-гальмівної теорії походження галюцинацій.

Сучасне розуміння суті психічної патології сформувалося під впливом розвитку вчення про загальну і спеціальну патологію, загальну і медичну психологію, соціально-економічного стану суспільства, а також масової поінформованості про психічні порушення як про прояви порушень функціонування головного мозку. Психічні порушення можуть бути спричинені різними факторами: соціально-економічним, екологічним, психологічним. Найбільшу роль у збереженні психічного здоров'я відіграє стан адаптаційних механізмів організму і центральної нервової системи.

ЧАСТИНА 2. ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ.

РОЗДІЛ 2.1 ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ.

Причини виникнення психічних захворювань. В етіології психічних захворювань тісно взаємодіють екзогенні та ендогенні фактори. Екзогенні фактори діють на організм зовні, це інфекції та черепно-мозкові травми, інтоксикації, психічні переживання і травми. До ендогенних відносяться несприятлива спадковість, конституціональні особливості, вікові кризи, імунологічні та реактивні особливості, стать, вік, перенесені захворювання. Крім цих причин, у генезі психічної патології велику роль відіграють соціальні фактори, які негативно впливають на людину разом із біологічними факторами.

Той чи інший шкідливий фактор спричинює хворобу не у кожної людини. Крім того, одна й та сама причина у однієї й тієї самої людини може призвести до виникнення захворювання, а може і не призвести.

Деякі лікарі приділяють надзвичайно важливе значення спадковості. Однак психічні хвороби не можна вважати спадковими. Є багато прикладів, коли у родині психічно хворого не було таких хворих. А у деяких випадках навіть у одного із однопляцевих близнюків виникає хвороба, а другий залишається здоровим.

У сім'ях, де обидва батьки хворі, народжуються психічно здорові діти. Успадковується не саме захворювання, а схильність до нього. Захворювання виникає за несприятливого збігу низки біологічних та соціальних факторів. Результати клінічних досліджень свідчать про певну перевагу тих або інших психічних захворювань залежно від статі та віку хворого. Найбільш виражена емоційність, циклічність, що пов'язані з особливостями генеративної функції, пояснюють найбільшу частоту маніакально-депресивного, пресенільного психозів, дисоціативного неврозу у жінок.

Певні розбіжності у способі життя та соціальному функціонуванні пояснюють більш високу частоту алкогольних та посттравматичних психозів у чоловіків. У кризові вікові періоди (пубертатний, клімактеричний), які характеризуються труднощами адаптації та компенсації, частіше виникає більшість із психічних захворювань (неврози, декомпенсація психопатій, шизофренія, пресенільні психози та ін.).

До сьогодні ще недостатньо вивчені вплив геліофакторів на психічний стан людини. Загальновідомо, що психічні розлади у людей із судинними захворюваннями, резидуально-органічними наслідками перенесених черепно-мозкових травм та хронічних інфекційних уражень головного мозку нерідко виникають чи загострюються у так звані метеорологічно небезпечні дні.

У певних хвороб дуже важко розділити причини та умови їх виникнення. Останнім часом з'явилися гіпотези про поліетіологічність таких захворювань, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз. У патогенезі психічних

захворювань бере участь велика кількість різноманітних механізмів: генетичні, біохімічні, імунологічні, нейрофізіологічні, нейроморфологічні, психологічні фактори. Під впливом причини, навіть коли вона діє одномоментно, послідовно "вмикається" велика кількість компенсаторних та пристосувальних механізмів, за типом ланцюгової реакції.

Патогенез значною мірою зумовлює клініку захворювання, його перебіг та кінцеві стани. Хвороба уражує конкретну людину з індивідуальними особливостями її реактивності та адаптації, та у різних людей її перебіг не однаковий.

Гострий початок захворювання спостерігається частіше у разі різкого масованого впливу хвороботворного агенту. Клінічно в таких випадках розвиваються синдроми порушеної свідомості або гострий параноїдний стан. Повільний початок звичайно характерний для хвороб із хронічним перебігом. У таких випадках ретроспективно оцінюють преморбідні особливості як фактори ризику (несприятлива спадковість, якості особистості, акцентуація характеру, перенесені у минулому хвороби, дезонтогенез).

В ініціальний період хвороби епізодично виникають поодинокі, нестійкі хворобливі симптоми. Основні ознаки захворювання розвиваються у маніфестний період, за яким настає період розквіту симптомів, тривалість якого може бути різною. Наступний період — оборотного розвитку симптомів. Кінцеві стани психічних захворювань можуть бути різними, від повного одужання до смерті, і саме ці два стани спостерігаються найбільш рідко. Повне одужання, як правило, характерно для реактивних психозів.

Перебіг хвороби може бути безперервним або нападоподібним. У разі безперервного перебігу протягом хвороби відсутні періоди поліпшення, що призводить до дефекту психіки. Нападоподібний перебіг характеризується періодами поліпшення різного ступеня — від інтермісії (практично повне одужання) до ремісії (зникнення продуктивних симптомів під час збільшення негативних симптомів). Летальний кінець спостерігається надзвичайно рідко в разі психічних захворювань. Причиною його може бути гіпертоксична шизофренія, катато-нічне збудження, епілептичний статус, гострий екзогенний психоз. Найбільш часто причиною смерті у разі психічних захворювань є приєднання соматичної патології.

Основні симптоми та синдроми порушення психіки.

Психопатологічні симптоми. Симптом — це який-небудь повторюваний у різних хворих феномен, що вказує на патологію, відхилення від природного перебігу психічних процесів, що призводить до дезадаптації. Основне діагностичне значення симптомів реалізується через утворені з них синдроми.

Психопатологічні синдроми. Синдромом називають повторюване поєднання симптомів, тісно пов'язаних між собою спільними механізмами походження, що характеризують поточний стан хворого. Синдром є найважливішою діагностичною категорією психіатрії.

Поняття про реєстри психічних розладів

Синдроми неспихотичного реєстру в основному характеризуються

порушеннями в емоційній і рухово-вольовій сферах за наявності усвідомлення факту хвороби.

Синдроми психотичного реєстру характеризуються наявністю як мінімум однієї з наступних ознак: галюцинації, маячні ідеї, розлади свідомості за відсутності усвідомлення факту хвороби.

Синдроми дефектно-органічного реєстру характеризуються когнітивними порушеннями (розлад пам'яті, уваги, мислення й інтелекту) із частковим фактом усвідомлення хвороби.

У психіатрії виділяють поняття психічного розладу та психічної хвороби.

Психічний розлад визначається як «хворобливий стан з психопатологічними або поведінковими проявами, пов'язаний з порушенням функціонування організму в результаті впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів». Таким чином, психічний розлад визначається ступенем відхилення від взятого за основу поняття психічного здоров'я та уявлення про психічну хворобу різні в різних культурах і в різні часи всередині кожної культури (до прикладу: багато племен індіанців, на відміну від більшості інших американців, вважають галюцинації нормальним явищем і донині).

Обстеження хворих із психічними розладами починається із виявлення симптомів і синдромів. Взяті окремо, ізольовано, ні симптоми, ні синдроми не мають нозологічної специфічності (ще не визначають конкретну психічну хворобу), оскільки практично одні і ті ж клінічні прояви можуть зустрічатися при різних нозологічних формах, тобто психічних захворюваннях або розладах.

Симптом (від. грец. *symptoma* - ознака) вказує лише на неблагополуччя в організмі і психічній сфері людини зокрема. Але якісне та цілісне уявлення про характер хворобливого процесу може дати лише сукупність симптомів, що базуються на єдиних патогенних механізмах. Окремий симптом сам по собі не може сприяти розпізнаванню хвороби, він набуває значення тільки в симптомокомплексі.

Синдром (від грец. *syndrome* - скупчення, збіг) - сукупність симптомів, об'єднаних єдиним патогенезом, закономірне поєднання продуктивних та негативних симптомів. Термін «симптомокомплекс» був запропонований німецьким психіатром К. Кальбаумом (1863) при описі кататонії. У той час він вважав кататонію окремим захворюванням, але пізніше стало ясно, що це найбільш типовий варіант симптомокомплексу.

Синдром - суворо формалізований опис закономірного і стійкого сполучення симптомів.

Психічні захворювання є більш складним поняттям. Це захворювання головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності, а також зміною особистості.

Психічні захворювання виявляються у порушеннях процесів сприйняття, мислення, емоцій, уваги, пам'яті, потягів тощо. З допомогою цих психологічних понять були описані найрізноманітніші симптоми психічних захворювань. Ця обставина сприяла появі уявлень про те, що окремі психічні

порушення пов'язані з ураженням певних психічних функцій. До прикладу, галюцинації – це розлад сприйняття, маячення (марення) – порушення мислення, тощо.

Психічні захворювання можуть виникати в результаті ураження головного мозку, яке тягне за собою порушення діяльності організму в цілому, та навпаки — внаслідок первинних захворювань тих чи інших органів і їхніх систем, що викликають вторинні порушення психіки людини.

Серед **причин**, що провокують розвиток психічних захворювань, найпоширеніші такі: спадкова схильність, інфекції, інтоксикації, психічні травми, захворювання головного мозку (наприклад, травми, пухлини), порушення діяльності залоз внутрішньої секреції. Нерідко психічні захворювання стають наслідком порушення внутрішньоутробного розвитку дитини.

Існують два типи **класифікацій психічних розладів**: національні класифікації та міжнародна, розроблена експертами ВООЗ. Остання періодично оновлюється. Наразі діє Міжнародна класифікація психічних розладів і розладів поведінки 10-го перегляду (МКХ-10, ICD-10). Вона принципово відрізняється від попередніх варіантів Міжнародної класифікації психічних розладів. Ряд підрозділів і рубрик цієї класифікації є прогресивними, бо вони відображають недавні досягнення світової психіатрії. Недоліками МКХ є також виділення в якості самостійних варіантів психічних розладів психопатологічних синдромів і навіть симптомів.

Класифікація складається з 11 розділів, а саме:

1. F.0. Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади
 - F.00. Деменція при хворобі Альцгеймера (G30)
 - F.01. Судинна деменція
 - F.02. Деменція при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках
 - F.03. Неуточнена деменція
 - F.04. Органічний амнестичний синдром, не викликаний алкоголем та іншими психотропними речовинами
 - F.05. Делірій, не викликаний алкоголем та іншими психотропними речовинами
2. F.1. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин
3. F.2. Шизофренія, шизотипові та маячні розлади
 - F.20. Шизофренія
 - F.20.0 Параноїдна шизофренія
 - F.20.1 Гебефренічна шизофренія
 - F.20.2 Кататонічна шизофренія
 - F.20.3 Недиференційована шизофренія
 - F.20.4 Постшизофренічна депресія
 - F.20.5 Залишкова шизофренія
 - F.20.6 Проста шизофренія
 - F.20.8 Інші види шизофреній

- F.20.9 Шизофренія, неуточнена
4. F.3. Розлади настрою (афективні розлади)
- F.30. Маніакальний епізод
 - F.31. Біполярний афективний розлад
 - F.32. Депресивний епізод
5. F.4. Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади
- F.40. Фобійні розлади
 - F.42. Нав'язливо-компульсивний розлад
 - F.44. Дисоціативні (конверсійні) розлади
 - F.45. Соматоформні розлади
6. F.5. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами
- F.50. Розлади, пов'язані із споживанням їжі
 - F.50.0 Неврогенна анорексія
 - F.50.2 Неврогенна булімія
7. F.6. Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих
8. F.7. Розумова відсталість
- F.70. Розумова відсталість легкого ступеня
 - F.71. Розумова відсталість помірного ступеня
 - F.72. Розумова відсталість тяжкого ступеня
9. F.8. Порушення психологічного розвитку
10. F.9. Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому та підлітковому віці
11. F.99. не уточнений психічний розлад

Загально вживаною у Сполучених Штатах Америки є четверта редакція Керівництва з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV), що була опублікована Американською психіатричною асоціацією в 1994 році та замінила старі версії офіційної класифікаційної системи цієї організації.

Значення психіатричних систематик, особливо відтворюваних (МКХ-10, DSM-IV), визначається насамперед їх важливістю в діагностичному процесі та можливістю виконання статистичних задач.

Крім того, усі психічні порушення доцільно розділити на три групи, в залежності від рівня та глибини розладу (**реєстри психічних порушень**):

- Психотичний
- Непсихотичний
- Дефектно-органічний

Психотичний рівень психічних розладів (психози) - це виражені форми психічних порушень при яких психічна діяльність хворого відрізняється різкою невідповідністю навколишній дійсності, відображення реального світу грубо спотворюється, що проявляється в порушеннях поведінки і появі патологічних симптомів і синдромів: продуктивних розладів - розладів сприйняття (галюцинації), мислення (марення), афективності (виражені депресивний і маніакальний синдроми, дисфорії), свідомості (затямарення),

рухової сфери (стану збудження або ступору, кататонія), пам'яті тощо. При цьому хворий не зможе критично оцінити свій стан. Також має місце зникнення здатності довільно керувати собою, своїми діями, пам'яттю, увагою, мисленням, поведінкою виходячи з особистісних реальних потреб, бажань, мотивів, оцінки ситуацій, своєї моралі, життєвих цінностей, спрямованості особистості; виникає неадекватна реакція на події, факти, ситуації, предмети, людей, а також на самого себе.

Непсихотичний (невротичний) рівень психічних розладів - характеризуються появою різних функціональних розладів (вегетативні, легкі афективні, сенсорні). Такі межові розлади не порушують правильну оцінку реальних подій, свого стану (як хворобливого) і поведінки. Хворі з непсихотичними психічними розладами можуть спостерігатися амбулаторно, найчастіше вони направляються лікарями різних спеціальностей до психіатра чи психотерапевта для консультації в плановому порядку. Непсихотичний рівень психічних розладів характерний для неврозів, розладів адаптації, розладів особистості, легких форм психоорганічного синдрому, деяких форм ендогенних психічних розладів (циклотимія, дистимія тощо). Непсихотичні розлади обумовлюють обмеження здатності регулювати свою поведінку відповідно до законів психології, суспільства і природи, ситуаційної залежністю психопатологічних проявів.

Дефектно-органічні розлади проявляються в порушеннях інтелектуальних функцій (мислення, пам'ять).

За **етіологічним принципом** психічні захворювання поділяють на ендогенні, екзогенні та психогенні. У розвитку ендогенних захворювань велику роль відіграє спадковість. Зазвичай на ендогенне захворювання вказує спонтанний характер виникнення хвороби і мало залежне від зовнішніх умов перебіг хвороби. Екзогенні психічні розлади включають хвороби, зумовлені зовнішніми факторами - черепно-мозковими травмами, інфекціями та інтоксикаціями. Особливий різновид екзогенних захворювань - психогенії. Виникнення психогенних захворювань пов'язано з емоційним стресом, сімейними і соціальними проблемами. Традиційним є поділ психічних розладів на органічні та функціональні. Наявність виразних змін у структурі мозку призводить до появи стійкої негативної симптоматики - порушень пам'яті, інтелекту.

Порушення відчуття і сприйняття

Класифікація порушень відчуттів і сприйняття

I. Гіпестезії й анестезії.

II. Гіперестезії.

III. Парестезії, сенестопатії.

IV. Психосенсорні розлади.

1. Зорові психосенсорні розлади:

а) мікропсії;

б) макропсії;

в) дисморфопсії.

2. Інтеро- і пропріоцептивні розлади: порушення схеми тіла.

V. Ілюзії.

1. За аналізаторами: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття (вісцеральні і пропріоцептивні).

2. За механізмом виникнення: фізичні, фізіологічні, психічні.

VI. Галюцинації.

1. За аналізаторами: зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття (вісцеральні і пропріоцептивні).

2. За складністю: прості (фотопсії, акозми), складні (зі змістом).

3. За повнотою розвитку: повні (справжні) і неповні (псевдогалюцинації, галюциноїди).

4. Стосовно особистості хворого: нейтральні, коментуючі, імперативні.

5. Особливі види галюцинацій: гіпнагогічні, гіпнапомпичні, екстракампінні, рефлекторні, функціональні.

Гіпестезія — зниження суб'єктивної яскравості й інтенсивності відчуттів і сприйняття, що проявляється втратою ними відчуттєвої живості, яскравості, конкретності, аж до виникнення відчуття їхньої відчуженості (входить у структуру синдрому деперсоналізації й дереалізації). Наприклад, хворий на шизофренію міг вільно дивитися на сонце без сонцезахисних окулярів.

Анестезія — відключення відчуттів і сприйняття унаслідок порушень по ходу проекційної системи або ураження кіркового ядра аналізатора (оптична, слухова, тактильна анестезія тощо). Спостерігається при істерії.

Гіперестезія — загострення, посилення відчуття раніше нейтральних подразників, що супроводжується гіперпатичним їх забарвленням. Подразник сприймається як надмірно яскравий або голосний. Звичайне світло засліплює, звук голосу оглушує, дотик відчувається дуже гостро, обтяжливо.

Синестезії — загострення сприйнятливості подразників з іррадіацією відчуттів і сприйняття на інший аналізатор, у результаті чого вони набувають невласного їм забарвлення, характеру двоїстого відчуття. Наприклад, звуковий подразник спричинює зорові відчуття, відчуття кольору (кольорова музика); нюховий — зорові, кольорові (тройнди пахнуть синім); звуковий подразник — болючі відчуття.

Сенестопатії — різноманітні, украй неприємні, тяжкі і незвичайні відчуття, що виходять від окремих внутрішніх органів і різних ділянок тіла. Це невизначені відчуття у вигляді печіння, набрякання, розпирання, переливання, перекручування, болю в різних частинах тіла або в органах за відсутності патологічного процесу в них (запалення, дегенерації та ін.). Сенестопатії можуть бути локалізованими або мігруючими, поодинокими або множинними. Для шизофренії характерні сенестопатії химерні, “вітіюваті” за характером. Наприклад, скарги хворого: “Відчуття страху в ділянці чола”.

Метаморфопсії (зорові психосенсорні розлади) — спотворене сприйняття реально існуючих предметів зі збереженням розуміння їхніх значення і сутності, а також критичного ставлення хворого до них (дисморфопсії — спотворення форми предметів, макропсії — збільшення

предметів, мікропсії — зменшення їхніх розмірів). Порушуються просторові відношення, змінюється відчуття часу, оцінка відстані та ін. Психосенсорні інтеро- і пропріоцептивні розлади — спотворення або порушення сприйняття тілесного “я”, проявляються відчуттям зміни пропорцій і розмірів тіла, його частин. Звичайно входять у структуру синдромів деперсоналізації, порушення схеми тіла, дисморфофобії та іпохондричного синдрому (наприклад: голова величезна, руки надмірно довгі, зуби хилитаються).

Ілюзії — спотворене сприйняття реально існуючого предмета зі зміною його змісту, значення. За механізмом виникнення ілюзії поділяють на:

1) фізичні — виникають унаслідок особливостей фізичних властивостей предметів і речовин (заломлення предметів на межі двох середовищ, міражі);

2) фізіологічні — пов’язані з фізіологічними особливостями функціонування аналізатора (наприклад, відчуття руху навколишніх предметів після зупинки поїзда; лінія горизонту — паралельні лінії вдалині сприймаються збіжними і т. д.) Вони пов’язані з недосконалістю органів чуття;

3) психічні ілюзії пов’язані зі зміною психічної діяльності. До них відносять афективні, вербальні, парейдоличні.

Галюцинації — удаване сприйняття без реального подразника (образу, явища). Наприклад, хворий стверджує, що він бачить “чорта, який гримасує, танцює” перед ним, і надмірно здивований, що лікар на чорта не реагує і доводить, що “його тут немає”.

Відповідно до фазно-гальмівної теорії Е.А. Попова, патоморфологічним підґрунтям галюцинацій є зрівняльна й парадоксальна фази неповного гальмування.

Зорові галюцинації — удаване сприйняття зорових образів без реального подразника (образу, явища). Наприклад, хворий стверджує, що він бачить змій, що плазують під ліжком. Як правило, зорові галюцинації відображають гострі стани, слухові (вербальні) і тактильні галюцинації — хронічні. Зорові галюцинації характерніші для екзогенно-органічної патології.

Слухові галюцинації — хворий чує неіснуючі наразі оклики, розмову, музику, спів і т. д.

Нюхові галюцинації — хворий сприймає неіснуючі наразі запахи. Вони можуть бути приємними, але частіше неприємні, наприклад, різкі запахи гару, бензину, запах кишкових газів. Різкі запахи спостерігаються при нюховій аури в епілептиків.

Смакові галюцинації — хворий сприймає неіснуючі наразі смакові подразники, часто це присмак отрути (ртуті, стрихніну).

Тактильні галюцинації — температурні, відчуття вологи на тілі, дотиків, стиснення, погладжування, щипків, розтягнення шкіри та ін.

Вісцеральні галюцинації (сенестопатичний галюциноз) — відчуття предмета або образу в якому-небудь органі або частині тіла. Наприклад: хворий відчув, як до нього в рот заповзла змія і оселилася в стравоході.

Прості галюцинації — фотопсії, акозми, що не мають змісту. Відчуття окликів, світлових ефектів, світних точок та ін.

Складні галюцинації мають зміст, виникають у вигляді образів, сцен, панорам, діалогів, розмов, запахів, дотиків та ін.

Справжні (повні) галюцинації — галюцинації з усіма властивостями сприйняття, а саме відчуттєвою живістю, екстрапроекцією, відсутністю довільної мінливості, що створює відчуття реальності. Наприклад, хворий бачив відьму. Він докладно, жваво, яскраво описував подробиці її зовнішності, мертвотну блідість шкіри, пазурі. Сиділа вона на відстані, гримасувала, пугала, а він нічого не міг вдіяти, відьма була реальною, дійсною. У цього хворого трапилася повна справжня галюцинація.

Неповні галюцинації (псевдогалюцинації) — галюцинації з відсутньою якою-небудь властивістю сприйняття. У разі відсутності екстрапроекції визначають псевдогалюцинацію, описану В.Х. Кандинським, що виражається у сприйнятті хворим (“чує усередині голови”) неіснуючих голосів, звуків та ін., різних образів (бачить “внутрішнім оком розташованих на звивинах мозку чоловічків” тощо). Ці псевдогалюцинації втрачають таку властивість сприйняття, як відчуття реальності, і відрізняються від реальних подразників.

Стосовно особистості хворого галюцинації поділяються на нейтральні, коментуючі (ворожі, загрозливі, доброзичливі), імперативні.

Особливі види галюцинацій

✓ Гіпногогічні — галюцинації, що з’являються при переході від неспання до сну (у момент засинання).

✓ Гіпнопомпичні — при пробудженні, тобто при переході від сну до неспання.

✓ Екстракампінні — галюцинації, розташовані поза полем зору.

✓ Функціональні — галюцинаторний подразник сприймається паралельно з реальним, наприклад, хворий у шумі води вчуває і шум голосу. Від ілюзій функціональні галюцинації відрізняються тим, що при ілюзіях замість одного подразника сприймається інший за змістом (не шум води, коли відкривають кран, а шепітне мовлення), а при функціональних галюцинаціях, як сказано вище, сприймається і шум води (реальний), і галюцинаторне мовлення.

✓ Рефлекторні галюцинації — відбиті, при яких реальний подразник (наприклад поворот ключа в замку) галюцинаторно сприймається в іншому місці (поворот ключа в серці).

✓ Навіяні галюцинації — галюцинації, що виникають під час сеансу гіпносугестії.

✓ Негативні галюцинації — відсутність сприйняття дійсно існуючих предметів.

✓ Галюцинації за типом Шарля Боне: у людей психічно здорових, що втратили зір або слух, виникають зорові або слухові галюцинації (із критичною оцінкою). Наприклад: сліпа хвора “бачила”, як “уздовж паркану, пофарбованого зеленою фарбою, іде білява дівчина в гарному блакитному платті”.

✓ Явища фантома ампутованих частин тіла — галюцинації здорових осіб (із критичним до них ставленням): людина відчуває ампутовану кінцівку, біль у ній та ін.

Галюцинації виявляють у бесіді із хворим, під час розпитування, спостерігаючи за його поведінкою, мімікою та ін. Можна спричинити галюцинації або посилити їх у хворих із алкогольним делірієм шляхом легкого натиснення на очні яблука (симптом Ліпмана). Можна показати хворому чистий аркуш паперу і запропонувати прочитати там написаний текст (спричинені галюцинації), при цьому хворий читатиме неіснуючий галюцинаторний текст (симптом Рігера й Рейхардта). Слухові галюцинації посилюють або спричинюють при гострому й хронічному алкогольному галюцинозі: лікар пропонує хворому вслухатися в монотонний звук метронома, годинника (симптом Бехтерева). Можна запропонувати хворому поговорити по телефону, трубка якого роз'єднана з апаратом: хворий буде “чути” голос, що лунає в трубці (симптом Ашаффенбурга).

Особливості дитячого й підліткового віку. Анестезії і гіперестезії вперше виникають у віці 5—7 років. Вони нестійкі, діти повідомляють про них рідко. Функціональні анестезії і гіперестезії спостерігаються переважно в дівчаток-підлітків.

Сенестопатії з'являються у віці 6—7 років. Вони мають епізодичний, нерозгорнутий характер. У підлітків сенестопатії найчастіше бувають інтерпретативними, химерними, нерідко передують розвитку маревних думок.

Досить часто в дітей відзначаються психосенсорні розлади, які звичайно виникають при гострих інфекційно-токсичних станах.

У дітей часто відмічаються ілюзії. Цьому сприяють живість дитячої уяви, підвищена сугестивність і самосугестивність. Ілюзії легко виникають у дітей перед засинанням після прочитаних казок. Переважно бувають афективними або парейдолічними. У підлітків ілюзії часті та різноманітні і нерідко інтерпретативні.

У віці 4—5 років галюцинації, як правило, не виникають, вони нечасті й рудиментарні. У дітей старшого віку (до 10 років) частіше з'являються прості справжні зорові і тактильні галюцинації, рідше — нюхові і слухові. Вони виразні, мають застрашливий характер і неприємний зміст (звірі, пацюки, страшні люди). На відміну від дорослих, галюцинації в дітей супроводжуються яскравими емоціями, повністю оволодівають увагою. Міміка, пантоміміка, поведінка дитини звичайно відтворюють зміст галюцинаторних переживань. Псевдогалюцинації відзначаються лише в підлітків як досить рідкісне явище.

Порушення пам'яті і уваги

Пам'ять — це форма психічного відображення дійсності, за допомогою якого закріплюються, зберігаються і відтворюються раніше сприйняті відомості, знання, пережиті події.

Виділяють такі процеси пам'яті: 1) фіксація — запам'ятовування,

засвоєння інформації; 2) ретенція — збереження інформації; 3) репродукція — відтворення інформації із запасів пам'яті; 4) забування — витіснення інформації, що втратила актуальність, у латентні шари пам'яті або повне її стирання.

Виділяють кількісні і якісні порушення пам'яті. До кількісних порушень відносять посилення пам'яті (гіпермнезія), ослаблення пам'яті (гіпомнезія) або повна відсутність пам'яті на певний період (амнезія). Якісні порушення пам'яті (парамнезії) представлені криптомнезією, конфабуляцією і псевдоремінісценцією.

Гіпермнезія — посилення пам'яті. Спостерігається найчастіше при маніакальних станах, іноді — при синдромах порушення свідомості. Нерідко гіпермнезія супроводжується полегшенням асоціативного процесу. Частіше відбувається посилення процесу репродукції. Так, люди, які опиняються в ситуаціях, загрозливих для життя, зненацька для себе згадують давно забуті епізоди дитинства. Фіксаційна гіпермнезія проявляється переважно посиленням механічної, а не логіко-смислової пам'яті.

Гіпомнезія — ослаблення пам'яті. У разі розвитку гіпомнезії спочатку відбувається ослаблення довільної репродукції (репродукційна гіпомнезія): хворий не може згадати потрібне слово або ім'я. Намагання зосередити увагу лише погіршує результати пошуку забутого слова, але через певний час, коли це слово втрачає для хворого свою актуальність, воно саме по собі ніби спливає в пам'яті. Надалі погіршується утримання інформації в пам'яті, а потім уже відзначається наростаюча недостатність запам'ятовування. Для гіпомнезії також характерне зниження спочатку механічної пам'яті і триваліша схоронність пам'яті смислової, асоціативної.

Амнезія — випадіння з пам'яті подій, які відбулися в певний період часу, розвивається як після станів порушеної свідомості, так і у зв'язку із тяжким органічним ураженням головного мозку. У першому випадку амнезія охоплює звичайно чіткіше обмежений відрізок часу.

Фіксаційна амнезія — втрата здатності до запам'ятовування, відсутність пам'яті на поточні події. Фіксаційна амнезія свідчить про тяжкі розлади пам'яті, вона спостерігається при старечому слабоумстві, хворобі Альцгеймера, а також при корсаківському синдромі інфекційного, інтоксикаційного або травматичного генезу.

Фіксаційна амнезія легко проявляється в бесіді. Хворому називають ім'я та по батькові співрозмовника, ставлять яке-небудь стороннє питання і відразу ж просять повторити інформацію, яку він щойно почув. Неможливість повторити вказує на наявність фіксаційної амнезії. Хворий також не може згадати зміст щойно прочитаної книги, не пам'ятає, що він їв на сніданок, куди поклав потрібну річ. Такі хворі, прийшовши в магазин, не можуть згадати, що хотіли купити. Нерідко у таких хворих відзначається й амнестична дезорієнтація — вони не можуть назвати число, місяць, рік,

місто, у якому живуть, не можуть знайти свою палату, своє ліжко.

Репродукційна амнезія — неможливість відтворити необхідну в цей момент інформацію. Виникає при астенічних станах, стомленні, хвилюванні, церебральному атеросклерозі та ін. Наприклад, хворі з церебральним атеросклерозом у відповідальній ситуації ніяк не можуть згадати потрібні ім'я, дату, термін, однак через певний час ці відомості можуть спливати в пам'яті.

Ретроградна амнезія — стирання з пам'яті подій, які передували ситуації, що спричинила амнезію (черепно-мозкова травма, інсульт, епілептичний напад, отруєння, самоповішення та ін.), за кілька хвилин, днів і навіть тижнів. Наприклад людина, що отримала черепно-мозкову травму внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, нерідко не пам'ятає не тільки сам момент ДТП, а й не може нічого сказати про інші події того дня, що передували аварії, навіть якщо після знепритомнення вона отямилася і зовні поводить себе нормально.

Антероградна амнезія характеризується прогалинами в спогадах, що стосуються подій, які відбуваються вже після початку захворювання. Вираженість амнезії часто залежить від тяжкості розладу. При тяжких розладах (сопор, кома) амнезія має тотальний характер, тоді як після виходу з делірію спостерігається парціальна, фрагментарна амнезія.

При несприятливих екзогенних впливах у того самого хворого відзначається поєднання антероградної і ретроградної амнезії — у цих випадках говорять про *антероретроградну амнезію*. Ретроградна або антероретроградна амнезія є однією з ознак корсаківського синдрому.

Прогресуюча амнезія — втрата здатності до запам'ятовування і поступово наростаюче збіднення запасів пам'яті. Вона є типовим симптомом старечого слабоумства. Динаміка прогресуючої амнезії відповідає закону Рибо: спочатку з пам'яті стираються нещодавно набуті знання, забуваються події поточного або недавнього минулого, а спогади про події давнини зберігаються відносно довго. У цій стадії прогресуючої амнезії нерідко пожвавлюються спогади про давнє минуле хворого — він живуть переживаннями свого дитинства, юності, розповідає про давно померлих родичів. Наприклад хвора зі старечим слабоумством називає адресу, за якою вона разом із батьками жила в дитячі роки, своє дівоче прізвище і не пам'ятає прізвище свого чоловіка, із яким прожила кілька десятків років. Амнезія поширюється від нового до старого, від недавнього часу до давно минулого.

Іноді амнезія виникає психогенно. При цьому із пам'яті стираються певні, звичайно тяжкі для хворого, неприємні переживання. У таких випадках говорять про афектогенну або кататимну амнезію.

Парамнезії — якісні порушення спогадів, зміна їхнього змісту.

Криптомнезія — спотворення пам'яті, що проявляється зникненням відмінностей між дійсними подіями і подіями, побаченими уві сні, почутими

або прочитаними. При криптомнезії порушення характеризуються як привласненням спогадів, так і їх відчуженням. У першому випадку чужі ідеї, чужа творчість, колись сприйняті людиною, усвідомлюються як свої, нові, оригінальні. Наприклад хворий може розповідати співрозмовникові історію, що кілька хвилин тому сам від нього почув. В іншому випадку хворий може оцінювати події, учасником яких він був у дійсності, як прочитані або побачені в кінофільмі. До криптомнезії належить також відтворення чужих думок як власних, що іноді призводить до неусвідомлюваного плагіату.

Конфабуляції — помилкові спогади фантастичного змісту, спогади про події, яких не було і не могло бути в житті хворого (галюцинації пам'яті). При конфабуляціях прогалини в пам'яті заповнюються вимислом, “пригадується” те, чого насправді ніколи не було. Наприклад хвора із церебральним інсультом розповідає, що її минулого тижня запускали в космос з гори, стверджує, що забула там свої капці, що дуже мерзла в польоті. Конфабуляції звичайно яскраві, аморфні, нестійкі, за своєю фабулою можуть бути подібними до реальності або мати явно фантастичний зміст. Конфабуляції спостерігаються при органічних захворюваннях головного мозку (судинні ураження центральної нервової системи, травматичні, інтоксикаційні, інфекційні, наприклад при сифілісі мозку) на тлі гіпомнезії. Разом з фіксаційною, антеро- і ретроградною амнезією вони формують синдром Корсакова.

Псевдоремінісценції — помилкові спогади про події, які не відбувалися в певний період часу, але які трапилися або могли трапитися в минулому житті хворого (ілюзії пам'яті). На відміну від конфабуляцій, псевдоремінісценції стабільніші, повторно висловлюються хворим. При псевдоремінісценціях спотворюються спогади про час або місце реальних подій. Наприклад хворий, що протягом кількох місяців перебуває в психіатричній лікарні, на запитання, чим він займався напередодні, “пригадує”, що був удома, перераховує справи, нібито зроблені ним.

Порушення відчуття знайомості. Серед симптомів порушення пам'яті особливу групу становлять порушення відчуття знайомості. При цих порушеннях розлади пам'яті можуть поєднуватися з патологією сприйняття, емоцій, свідомості.

Виділяють симптом “уже баченого” (*deja vu*) і симптом “ніколи не баченого” (*jamais vu*). Симптом “уже баченого” зводиться до того, що, вперше в житті побачивши що-небудь, людина відчуває, ніби це вже відбувалося з ним колись раніше. Симптом “ніколи не баченого” полягає в тому, що щось добре знайоме сприймається як чуже, далеке, ніби побачене вперше. Критика зберігається, людина усвідомлює факт порушення.

Синдром Капгра (J.M. Capgras) проявляється порушенням пізнавання людей. Виділяють синдром позитивного двійника, при якому хворий вважає незнайомих йому людей своїми добрими знайомими, і синдром негативного двійника, коли хворий не впізнає своїх родичів, знайомих, вважає їх

підставними особами, близнюками, двійниками близьких йому людей. Різновидом синдрому Капгра є *синдром Фреголі*, при якому хворі вважають, що їх “переслідувачі” змінюють свою зовнішність, щоб їх ніхто не впізнав.

Порушення відчуття знайомості звичайно супроводжують психосенсорні розлади і входять у структуру синдромів дереалізації й деперсоналізації. Ці порушення найчастіше виникають у хворих з енцефалітами, пухлиною мозку, наслідками черепно-мозкової травми, епілепсією, шизофренією, маніакально-депресивним психозом.

Оцінити особливості пам'яті хворого можна за допомогою клініко-психопатологічного методу: у ході бесіди лікар перевіряє його пам'ять на нещодавні і віддалені події, ставлячи спеціальні питання. Необхідно перевірити пам'ять на загальновідомі історичні події. Для оцінення короткочасної пам'яті можна запропонувати хворому запам'ятати і потім повторити фразу або коротку розповідь.

При оціненні стану пам'яті потрібно враховувати загальний стан хворого, наприклад при депресії хворі можуть скаржитися на послаблення пам'яті і демонструвати її зниження, пов'язане зі звуженням кола інтересів і зниженням концентрації уваги. У такому разі слід проводити додаткове експериментально-психологічне дослідження пам'яті.

Деякі пацієнти відмовляються від дослідження пам'яті, боячись виявити її розлад. У таких випадках варто ставити запитання щодо недавніх подій, наприклад, чи пам'ятає хворий, що відбувалося з ним останнім часом, що він сьогодні їв на сніданок, чи приходили до нього рідні, коли він бачився з лікарем. І якщо хворий не може згадати, про що з ним розмовляв лікар або хто до нього приходив, чи зробили йому ін'єкцію, скільки часу він перебуває в клініці або в різний час дає різні відповіді на ті самі запитання, то можна зробити висновок про патологію пам'яті.

Порушення уваги. *Відволікальність уваги* — неможливість зосередитися на одному виді занять й об'єктів, іноді поєднується із підвищеною увагою до несуттєвого.

Прикутість уваги — зниження переключуваності уваги, “застрягання” на тих самих думках, бажаннях. Характерно для депресій, хворі не можуть переключитися на думки, події, що не відповідають їхнім переживанням.

Виснаженість уваги. Хворі на початку бесіди адекватні, але швидко стомлюються, відповіді стають менше продуктивними. Характерно для астеничних станів.

Особливості дитячого і підліткового віку. У дітей переважає мимовільна, механічна, образна й емоційна пам'ять. У молодшому шкільному віці розвивається смислова пам'ять.

У підлітковому віці розвивається довільна, логічна пам'ять, формується здатність виділяти суттєве для запам'ятовування, виробляються мнемонічні прийоми. Серед порушень пам'яті при органічних ураженнях головного мозку в дітей нерідко спостерігається фіксаційна гіпомнезія, а також

репродукційна гіпомнезія.

Порушення мислення й інтелекту

При патологічних станах може порушуватися асоціативний процес або зникає зв'язок між окремими думками, що свідчить про розлад мислення за формою. В інших випадках порушується процес формування умовиводів, логічного мислення, мислення за змістом.

Порушення утворення понять проявляються появою псевдопонять, ущільненням понять, формуванням неологізмів.

Псевдопоняття — помилкові поняття, створювані на основі випадкових, несуттєвих ознак. Наприклад, хвора просить дати їй “зелене” і ображається, що її не розуміють.

Ущільнення понять (аглотинація) проявляється злиттям кількох, досить віддалених одне від одного уявлень. Спостерігається при шизофренії і деяких органічних ураженнях головного мозку. Наприклад, на запитання про самопочуття хвора відповіла: “Шоколадно” — і пояснила це так: “Після інсулінових ШОКів здоров'я моє наЛАГОДжується”.

Неологізми — нові, незвичайні поняття, створювані хворим. Наприклад, нарікаючи на свою долю, хвора говорить: “Це не життя, а афеїди і полторанії”.

Псевдопоняття, ущільнені поняття й неологізми виявляються звичайно у хворих на шизофренію. Однак варто пам'ятати, що іноді неологізми використовуються як літературний прийом письменниками, поетами.

Порушення темпів мислення проявляються його прискоренням (“скачка ідей”), уповільненням, затримкою, зупинкою (шперунг), ментизмом.

Прискорене мислення спостерігається при маніакальних і гіпоманіакальних станах різного походження — при маніакально-депресивному психозі, екзогенних психозах, у початковій стадії алкогольного сп'яніння. Звичайно прискорене мислення на тлі підвищених настрою і підвищеної відволікальності уваги характеризується стрімким, полегшеним виникненням асоціацій, переважно поверхневих. Розумова продуктивність таких хворих різко знижена, вони легко втрачають об'єкт уваги. Значне прискорення мислення називається “скачка ідей”. При скачці ідей зв'язок між думками не втрачається, але хворий може висловити лише частину з них, почавши одну фразу, хворий, не закінчуючи її, переходить до іншої, пропускає слова, поспішає висловити наступну думку і т. д.

При прискореному мисленні нерідко знижується розважливість, відчуття такту, зніяковілості, хворі можуть сказати людині в обличчя те, що здоровий воліє приховати.

Уповільнене мислення спостерігається при астенічних станах, депресивному синдромі, характеризується зменшенням кількості думок і супроводжується суб'єктивним відчуттям утруднення мислення, своєї

інтелектуальної неспроможності. Думки течуть повільно, хворі скаржаться, що в них “мало думок”, можлива поява відчуття порожнечі в голові. Мовлення вповільнене, відповіді на запитання односкладні, після тривалої паузи.

Затримка мислення (шперунг) проявляється раптовою зупинкою плину думок. Спостерігається у хворих на шизофренію і легко виявляється в бесіді. Хворий зненацька замовкає, а потім пояснює своє мовчання тим, що в нього була затримка думок, на певний час виникло відчуття їх відсутності. Шперунг може тривати від кількох секунд до кількох днів. Іноді супроводжується ознаками психічного автоматизму, у цьому разі відсутність думок хворий пояснює: “думки відібрало”. Шперунг не впливає на швидкість перебігу асоціативних процесів, після затримки думки знову плінуть звичайно.

Наплив думок (ментизм) — обтяжливо пережитий хворим нав’язливий автоматичний потік думок, які незв’язно безупинно виникають у свідомості незалежно від бажання хворого. Ментизм входить у структуру синдрому психічного автоматизму Кандинського — Клерамбо. Він спостерігається у хворих на шизофренію, енцефаліт, із травматичними ураженнями головного мозку, у стані крайньої астенії, з інтоксикаціями деякими лікувальними засобами.

Порушення форми мислення перебігає у вигляді патологічної докладності, резонерства, шизофазії (розірваного мислення), нескладного, аморфного, паралогічного, аутистичного, символічного мислення, вербігерацій, персеверацій, афективного мислення.

Патологічна докладність мислення (грузле мислення) спостерігається при епілептичному слабоумстві, у віддалений період епідемічного енцефаліту, при інших органічних захворюваннях ЦНС. Розлад характеризується докладністю, підвищеною деталізацією, невмінням відокремити головне від другорядного, труднощами в переключенні з однієї теми на іншу. У мові відзначається наявність слів-паразитів (“розумієте”, “так би мовити”, “отже” і т. д.). Характерні повторення, паузи, зменшувальні і пестливі слова. Хворий відхиляється від основної теми розповіді, потім через певний час повертається до неї і знову переходить до побічних деталей, мало реагує на запитання, якими співрозмовник перебиває його, навіть якщо вони можуть допомогти йому.

Резонерство — порожні марні міркування, позбавлені пізнавального змісту. Спостерігається при шизофренії, інших захворюваннях. У резонерстві хворий використовує формальні, випадкові асоціації, при цьому мета розповіді відсувається на задній план, а на передній виходить прагнення хворого до міркування. Особливо яскраво резонерство проявляється в тих випадках, коли виконання завдання вимагає словесних визначень, формулювань, порівняння понять. У такому разі можна спостерігати підвищену претензійність, що контрастує з незначністю об’єкта судження,

банальні міркування, патетичний тон мовлення, нерідко на тлі підвищених самооцінки й рівня домагань.

При шизофренії резонерство свідчить про актуалізацію “слабких” ознак, порушення асоціативних процесів. У хворих на епілепсію резонерство має компенсаторний характер, що відображає переоцінку особистості і проявляється повчальним тоном мовлення, шаблонними і бідними за змістом судженнями, інертністю, труднощами у відволіканні від ситуації, вузькістю діапазону мислення за умови бідного словникового запасу. При олігофренії в ступені дебільності резонерство також носить компенсаторний характер, коли за багатослівністю суджень приховується бідність змісту мовлення.

Паралогічне мислення спостерігається переважно при шизофренії і характеризується порушенням логічних зв’язків у судженнях, умовиводах, доказах, причинно-наслідкових співвідношеннях. При цьому нерідко відзначаються збережена пам’ять, здатність рахувати, розуміти багато звичайних явищ. При паралогічному мисленні хворий може вживати не відповідні до змісту вислови. Відсутня самокритика щодо логічних помилок, які важко коригуються. При паралогічному мисленні хворий ігнорує реальні правильні передумови і докази і заміняє їх висновками, які не мають логічного зв’язку з вихідними судженнями.

Зісковзувальне, аморфне мислення — відхилення від головної думки до побічних, які заміняють головну. Втрата логічного зв’язку може бути повною або частковою.

Розірване мислення (шизофазія) типове для шизофренії. Проявляється відсутністю смислового зв’язку між поняттями за умови збереження граматичного порядку мовлення. Мовлення хворого позбавлене змісту, логічного зв’язку, хоча здається зовні впорядкованим через збереження граматичних зв’язків. Лише при різко вираженій розірваності порушуються граматичні зв’язки, і тоді мовлення є безладним набором слів (“словесна мішанина”). При розірваному мисленні трапляється “зісковзування” думки, що проявляється переходами від одного висловлювання до іншого без природних логічних зв’язків, виникненням асоціацій за “слабкою” або “латентною” ознакою. Нерідко мовлення хворого не залежить від наявності співрозмовника (симптом монологу), воно вже не виконує функцію спілкування, стає незрозумілим для оточуючих.

Нескладне мислення (інкогерентне) характеризується нездатністю утворювати асоціації. Окремі сприйняття, образи, поняття не зв’язані між собою. Відсутні будь-які, навіть примітивні, механічні асоціації за подібністю, суміжністю в часі і просторі. Хворий дезорієнтований у часі і просторі, не розуміє, що відбувається навколо, розгублений. Мовлення хворих — це окремі випадкові слова, не зв’язані ні за змістом, ні граматично, фрази побудовані неправильно.

Нескладне мислення спостерігається при гострих екзогенних психозах,

які супроводжуються порушенням свідомості у вигляді аменції, що свідчить про тяжкий стан хворого.

Аутистичне мислення опирається не на реальні факти, а на внутрішні переживання хворого, його суб'єктивні установки, бажання, фантазії. Хворий не звертає уваги на те, що його думки суперечать дійсності. Нерідко виникає “осіяння”.

Мислення символічне. Хворий надає різним поняттям алегоричного значення, що зовсім не зрозуміле іншим людям. Хворий може символічно розуміти мову оточуючих, значення кольорів. Так, побачивши санітарку в жовтій кофті, заявив: “Вона — зрадниця, тому що жовті кольори — кольори зрадництва”.

Вербігерація — безглузде повторювання тих самих слів, обривків фраз або цілих висловлювань, одночасна поява двох протилежних думок. Характерна для шизофренії.

Персеверації і стереотипії мислення — “застрягання” на певних уявленнях. Проявляється багаторазовим повторюванням тих самих слів або пропозицій, через що відповіді хворого іноді стають безглуздими.

Персеверації і стереотипії нерідко супроводжують афазію у хворих із післяінсультним або старечим слабоумством, відзначаються і при інших органічних ураженнях головного мозку.

Афективне мислення. Хворий вибудовує судження й умовиводи, ґрунтуючись не на логіці, а на переважаючих у цей момент емоціях і бажаннях.

Порушення змісту мислення проявляються у вигляді нав'язливих, домінуючих, надцінних ідей, маячноподібних фантазій, маячних ідей.

Нав'язливі ідеї — це уявлення і думки, які виникають довільно, незалежно від волі хворого, не відповідають змісту свідомості в цей момент, характеризуються критичним ставленням до них, розумінням їхнього хворобливого характеру, а також активним прагненням їх позбутися. На відміну від марення, при нав'язливих ідеях хворі зберігають критичне ставлення до них. Ідеї характеризуються епізодичністю, нападopodobним плином. Вони виникають при невроті нав'язливих станів, психастенічній психопатії.

Домінуючі думки — правильні думки, пов'язані з реальністю, які переважають у свідомості людини й іноді заважають їй зосередитися на поточній діяльності. Наприклад, постійні думки під час роботи про хвору дитину. Частіше спостерігаються при депресії.

Надцінні ідеї — судження, що виникають за реальних обставин, але займають непропорційне їх об'єктивному значенню домінуюче місце у свідомості завдяки яскраво вираженій емоційній насиченості. Надцінні ідеї марні, мислення стає однобічним, усе, що не пов'язано з надцінною

установкою, суперечить їй, ігнорується, пригнічується.

На відміну від марення, надцінні ідеї можна відкоригувати із застосуванням вагомих логічних доводів і шляхом зміни життєвих обставин, що приводить до втрати їхньої афективної насиченості й актуальної значущості. Спостерігаються при психопатіях, шизофренії, афективних психозах.

Маячноподібні фантазії — відносно нетривалі, характерні для підлітків-психопатів, які хочуть виступити перед ровесниками в ролі героїв, неабияких особистостей, для чого перебільшують факти, створюють небилиці і самі починають у них вірити.

Насильницькі думки — елементарні, з'являються у свідомості зненацька, за відсутності етапу сумнівів і боротьби. Хворі просять утримати їх від того, щоб вони не кинулися в просвіт між сходами, не плюнули в лице кому-небудь. Спостерігаються у хворих, які перенесли енцефаліт, черепно-мозкову травму.

Маячні (маревні) ідеї — це спотворені судження й умовиводи, які цілком оволодівають свідомістю хворого і не піддаються корекції. Вони спотворено відображають дійсність, відрізняються сталістю і стійкістю. Спроби переконати хворого, довести йому неправильність його маревних суджень, як правило, призводять лише до посилення марення. Характерні переконаність, упевненість хворого в повній реальності, вірогідності маревних переживань.

Розвиток марення пов'язаний із певною динамікою стану хворого. Спочатку це емоційні порушення у вигляді внутрішньої напруженості, неясного занепокоєння, передчуття невідворотного нещастя, наростаючої тривоги. Хворий намагається зрозуміти, що відбувається, чому оточуюче набуло нового, незрозумілого змісту. Нерідко виникає маревне сприйняття: усе навколо здається нереальним, штучним або загрозливим, лиховісним, з особливим, прихованим значення. Маревне сприйняття безпосередньо пов'язане з формуванням маревного уявлення, на основі якого особливо виділяються деякі події минулого життя хворого в їхньому новому значенні. Зрештою виникає маревне усвідомлення — своєрідне осяяння з усвідомленням суті раніше не зрозумілих явищ. Маревні судження набувають конкретного змісту, що супроводжується суб'єктивним відчуттям полегшення, емоційним заспокоєнням — відбувається кристалізація марення.

Основу *первинного марення* становить помилкова інтерпретація (тлумачення) реальних фактів зовнішнього світу або внутрішніх відчуттів і переживань. Хворі несподівано витлумачують поведінку оточуючих, їхні висловлювання. Те саме стосується і неживих предметів. Це марення систематизоване, стійке, такий що розширюється й ускладнюється.

Вторинне марення — почуттєвий (образний), виникає за наявності інших психічних розладів (галюцинації, порушення емоцій, свідомості). Його

інтенсивність відповідає інтенсивності цих психічних порушень. Почуттєве марення найчастіше виникає гостро, звичайно несистематизовано, із яскравою, але нестійкою фабулою.

Залежно від змісту виділяють марення переслідування, впливу, відносин, ревнощів, самозвинувачення і самоприниження, величі тощо. У цих назвах відображується зміст маревних переживань.

Марення величі проявляється у твердженнях хворих, що вони мають неабиякий розум і велику силу. При маренні багатства хворий переконаний, що він володіє величезними скарбами. Різні клінічні види марення не специфічні для якого-небудь певного психічного захворювання. Так, марення величі, особливого походження і багатства може спостерігатися в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, при експансивній формі прогресивного паралічу, парафреничних станах різного генезу. У рамках кожної нозологічної форми марення має свої клінічні особливості. При маніакальному синдромі ідеї величі залежать від афективного стану і не досягають значної вираженості, при прогресивному паралічі маячні ідеї безглузді, аморфні, нестійкі, у структурі парафренного синдрому маячні ідеї носять систематизований характер.

При маренні винахідництва хворі говорять про винайдення ним різних апаратів, приладів, які покликані поліпшити життя людства. Такий вид марення часто спостерігається при парафренному синдромі в рамках шизофренії.

При еротичному маренні хворий вбачає зацікавленість у ньому окремих осіб протилежної статі. Об'єкт маревних переживань звичайно зазнає справжнього переслідування з боку хворого, що посиляє численні любовні листи, призначає зустрічі. Нерідко при цьому відзначається хвороблива переоцінка хворим власної особистості. Це марення частіше супроводжує шизофренію.

Маячні ідеї, що характеризуються негативним емоційним забарвленням, типові для депресивних станів. Це ідеї самозвинувачення, гріховності, зубожіння, збитків, іпохондричні. Марення самозвинувачення, самознищення і гріховності спостерігаються при вираженій циркулярній депресії. При інволюційній меланхолії з'являються переважно ідеї самозвинувачення, зубожіння на тлі тривожно-меланхолійного афекту.

Ідеї відносин проявляються в тім, що будь-яка подія або вчинок оточуючих набуває в очах хворого особливого значення. Червоне світло світлофора означає, що "проллється кров". Досить хворому зайти в трамвай, усі починають переглядатися.

При маячних ідеях переслідування хворий заявляє, що він став об'єктом переслідування окремими особами або групою людей, які об'єдналися з метою вбити його. Варто пам'ятати, що такі хворі становлять певну соціальну небезпеку, тому що нерідко вони з переслідуваних

перетворюються на переслідувачів і завдають тяжких тілесних ушкоджень своїм уявним кривдникам (персекutoryне марення).

При маренні впливу хворі переконані в тім, що на них впливають за допомогою різних апаратів, випромінювання (марення фізичного впливу) або гіпнозу, телепатії на відстані (марення психічного впливу). Хворі з ідеями отруєння стверджують, що їм у їжу підсипають отруту, у квартиру впускають смертоносний газ і т. п.

Маячні ідеї відносин, впливу, переслідування, отруєння найчастіше спостерігаються при шизофренії. Ідеї отруєння в поєднанні з ідеями збитків притаманні інволюційним психозам.

Марення ревнощів характеризується переконаністю хворих у подружній невірності партнера по шлюбу. Хворі стежать за своєю дружиною або чоловіком, постійно вишукують докази зради. Поведінка, зовнішній вигляд, висловлювання об'єкта марення, навколишнє оточення і події розцінюються як “докази”, що свідчать про подружню невірність. Нерідко такі хворі соціально небезпечні, оскільки можуть здійснити спробу вбити “невірну” дружину / “невірного” чоловіка і уявних коханок чи коханців. Марення ревнощів характерне для шизофренії, алкоголізму.

Індуковане марення виникає в психічно здоровій людини як наслідок запозичення маячних ідей у психічно хворого при контакті з ним. Таке марення піддається індукції. Найчастіше розвивається в осіб із невисоким інтелектуальним рівнем, підвищеною сугестивністю, не здатних самотійно правильно критично осмислити ситуацію. У цих випадках індукована людина починає висловлювати ті самі маячні ідеї у тій самій формі, як це робить психічно хворий. Звичайно це особи з оточення хворого, які особливо близько з ним спілкуються, пов'язані сімейно-родинними відносинами. Сприяють появі індукованого марення глибока переконаність хворого в правдивості своїх думок, а також авторитет, яким він користувався до хвороби.

Хворі з маренням інсценування, інтерметаморфози стверджують, що все навколо спеціально підлаштовано, розігруються сцени якого-небудь спектаклю з їхнього життя, проводиться експеримент, ведеться подвійна гра, все безперервно змінює свій зміст: це не лікарня з медичним персоналом і хворими, а якась слідча установа; лікар — не лікар, а слідчий, історія хвороби — заведена на хворого справа, хворі і медичний персонал — переодягнені співробітники органів безпеки.

При маренні збитку хворі вважають, що недоброзичливці завдають їм матеріального або морального збитку, обкрадають, псують речі, ганьблять, ущемляють їхні права. Звичайно проявляється в рамках марення переслідування.

Сутяжне, кверулянтське марення: хворі переконані в неуважному, несправедливому або недоброзичливому до них ставленні, вони

конфліктують, витрачають багато сил, часу, а іноді і всі свої матеріальні засоби на викриття кривдників, скаржаться в різні інстанції, залучаючи до марення все нових і нових осіб. Тематика марення черпається з реальної ситуації: конфлікти із сусідами, членами родини, колегами.

У старечому віці при депресивному маренні з іпохондричною тематикою висловлювання легко набувають гротескного, мегаломанічного характеру. При цьому марення стає за своїм змістом нігілістичним. Наприклад, спочатку хворий завзято стверджує, що в нього нерозпізнане тяжке захворювання шлунка, від якого він умирає; пізніше з'являються висловлювання, що шлунка немає, він згнив, на місці шлунка утворилася порожнеча; потім хворий може відчувати, що немає і його самого, він — живий мрець, що заживо гниє; ще пізніше — що немає нічого: ні світу, ні життя, ні смерті (синдром Котара).

Інтелект — це система всіх пізнавальних здібностей індивіда, здатність до пізнання і вирішення проблем, що визначає успішність будь-якої діяльності.

Розлади інтелекту. Слабоумство — стійке зниження рівня інтелекту. Розрізняють два види слабоумства — уроджене (олігофренія) і набуте (деменція).

Діагностику розладів мислення й інтелекту проводять шляхом бесіди, спостереження за хворим, а також використовуючи експериментально-психологічні методики (узагальнення понять, виключення понять, порівняння, класифікація, пояснення переносного значення прислів'їв і приказок, асоціативний експеримент, пояснення сюжетних картин, визначення послідовності подій, визначення коефіцієнта інтелекту за методикою Векслера).

Особливості дитячого і підліткового віку. У дітей нерідко порушується темп мислення, частіше у вигляді прискорення. Марення в дітей розвивається рідко, зазвичай несистематизоване. Зміст марення в дітей простий і конкретний, марення нестійкі і рудиментарні.

Нав'язливі думки в дітей менше порівняно з дорослими супроводжуються сумнівами, боротьбою, діти ставляться до них недостатньо критично. У підлітків часто розвиваються маячноподібні фантазії, надцінні ідеї винахідництва й дисморфобічні ідеї (думки про уявний фізичний недолік, неприємний для оточуючих).

Порушення емоційної сфери

Емоції — реакції у вигляді суб'єктивно забарвлених переживань індивіда, що відображають значущість для нього подразника або наслідків власної дії (задоволення, невдоволення).

Класифікація порушень емоцій і почуттів

I. Порушення інтенсивності емоцій.

1. Патологічне посилення:

- а) гіпертимія;
- б) ейфорія;
- в) морія;
- г) гіпотимія;
- г) депресія;
- д) тривога;
- е) гнівливість.

2. Патологічне послаблення :

- а) параліч емоцій;
- б) апатія;
- в) емоційне сплюснення;
- г) емоційна тупість.

II. Порушення рухомості емоцій.

- 1. Легкодухість (нестримання емоцій).
- 2. Лабільність.
- 3. Інертність (“застрягання”) емоційних переживань.
- 4. Експлозивність.

III. Порушення адекватності емоцій:

- 1. Неадекватність.
- 2. Амбівалентність.
- 3. Фобії.
- 4. Дисфорії.
- 5. Дистимії.
- 6. Патологічний афект.

Гіпертимія — веселий, радісний настрій, що супроводжується припливом бадьорості, прекрасним фізичним самопочуттям, легкістю при вирішенні проблем, живою, мінливою мімікою, що відтворює стрімкі появу і зникнення емоцій. Прояв мімічних реакцій часто перебільшений, надмірно бурхливий і яскравий. Виразні дії посилені, прискорені, швидко змінюються, досягаючи в деяких випадках маніакального порушення.

Ейфорія — патологічно підвищений настрій, нерідко виникає поза зв'язком з оточуючою дійсністю, фізичним станом самого хворого. Звичайно відзначається при маніакальних станах, а також деяких тяжких захворюваннях (туберкульоз, хвороби серця). При органічних процесах ейфорія нерідко має безглуздий, пустотливий характер (мореоподібний і гебефренічний стан). Входить у структуру маніакальних, маніакально-маревних, онейроїдного, парафренного синдромів, алкогольного, наркотичного і токсичного сп'яніння.

Морія — характерне поєднання підвищення настрою з розгальмуванням потягу, пустотливістю, безглуздими жартами, іноді на тлі обнубіляції свідомості. Спостерігається частіше при ураженні лобових часток мозку.

Гіпотимія — знижений настрій, переживання пригніченості, тужливості, безвихідності. Увага фіксована тільки на негативних подіях, сьогодення, минуле і майбутнє сприймаються тільки в похмурих тонах.

Депресія — патологічно пригнічений, меланхолійний, тужливий настрій, глибокий сум, зневіра. Нерідко супроводжується різними фізичними тяжкими відчуттями, відчуттям важкості в ділянці серця (передсерцева туга). Спостерігається при депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, пресенильного психозі, реактивних психозах, шизофренії. У деяких випадках хворі втрачають почуття, стають байдужими до людей і подій, які раніше викликали в них виражені емоції. Така відсутність звичних емоцій спричинює болісне відчуття спустошеності, важко переживається хворими, зумовлює пригнічений настрій (хвороблива анестезія психіки). Хвороблива анестезія відзначається при маніакально-депресивному психозі, інволюційній депресії, циркулярній формі шизофренії. Іноді болісне відчуття безпросвітної нудьги супроводжується порушенням (ажитована депресія або меланхолійний вибух).

В останні роки нерідко лікарі виявляють у хворих так звані приховані, замасковані депресії, при яких емоційний компонент депресивного синдрому виражений незначно, а превалюють сомато-вегетативні порушення. “Маски” депресії можуть мати різні клінічні форми:

- психопатологічних розладів: тривожно-фобічного (генералізований тривожний розлад, тривожні сумніви, панічні атаки, агорафобія), obsесивно-компульсивного (нав’язливості), іпохондричного, неврастенічного;
- порушень біологічного ритму: безсоння, гіперсомнії;
- вегетативних, соматичних і ендокринних розладів (синдром вегетосудинної дистонії, запаморочення, функціональні порушення внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, кардіоневроз, синдром подразненої товстої кишки та ін.), нейродерміт, шкірний свербіж, анорексія, булімія, імпотенція, порушення менструального циклу);
- алгій: цефалгій, кардіалгій, абдоміналгій, фіброміалгій, невралгій (трійчастого, лицевого нервів, міжреброва невралгія, попереково-крижовий радикуліт), спондилоалгій, псевдоревматичних арталгій;
- патохарактерологічних розладів (розлад потягів (дипсоманія, наркоманія, токсикоманія), антисоціальна поведінка (імпульсивність, конфліктність, спалахи агресії), істеричні реакції).

При діагностиці прихованих депресій необхідно враховувати притаманні їм ознаки:

- суб’єктивно неприємні переживання найбільше виражені вранці;
- поліморфізм, невизначеність, велика кількість тривких сомато-вегетативних скарг, що виходять за рамки певної хвороби;
- розлад вітальних функцій (сну, апетиту, менструації, потенції, втрата маси тіла);
- періодичність розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення;
- сезонність — частіше навесні й восени;
- у разі застосування різних методів дослідження не виявляють конкретне соматичне захворювання;
- відсутність ефекту від соматичної терапії;

- хворий тривало, знято і безрезультатно лікується в лікарів різних спеціальностей і, незважаючи на невдачі в лікуванні, настійно продовжує відвідувати лікарів.

Спостерігається замаскована депресія в різних варіантах при депресивній фазі маніакально-депресивного психозу, пресенильних і реактивних депресіях, шизофренії, соматогенних психозах (у сполученні з астеною, тривогою, тугою).

Тривога — відчуття внутрішнього занепокоєння, очікування неприємності, лиха, катастрофи. Почуття тривоги може супроводжуватися руховим занепокоєнням, вегетативними реакціями. Тривога може перерости в паніку, при якій хворі неспокійні, не знаходять собі місця або закладають, із жахом очікуючи на катастрофу. Входить у структуру невротичних, тривожно-депресивних, гострих маревних, афективно-маревних синдромів і синдромів потьмарення свідомості.

Гнівливність — вищий ступінь роздратованості, злостивості, невдоволення оточуючими зі схильністю до агресії, руйнівних дій. Входить у структуру дисфорії, потьмарення свідомості, психоорганічного синдрому.

Апатія — послаблення емоцій, болісно пережита байдужість до оточуючого і своєї поведінки. Хворі не цікавляться оточуючим, не висловлюють ніяких бажань. Звичайно сполучається з різким зниженням психічної, волевої активності. Може спостерігатися при інтоксикаціях, після черепно-мозкових травм, інфекційних захворювань.

Емоційне сплющення — втрата “тонких” диференційованих емоційних реакцій: зникають делікатність, здатність співпереживати. Хворі стають настирливими, безцеремонними. Спостерігається при алкоголізмі, наркоманіях.

Емоційна тупість — стійка і повна байдужність, особливо до страждань інших людей. Послаблення емоційних проявів стосується як вищих, так і нижчих емоцій, пов’язаних з інстинктами. Такі хворі байдужі до хвороби, вони не переживають із приводу хвороби і смерті батьків, дітей. Характерна для шизофренії.

Параліч емоцій — відчуття повної спустошеності, байдужності, що виникає при раптових тяжких психічних травмах. Звичайно має короткочасний характер.

Лабільність емоцій — легка зміна емоцій, швидкий перехід від однієї емоції до іншої, сполучається зі значною вираженістю емоційних реакцій. Звичайно спостерігається при істеричній психопатії.

Легкодухність, емоційна слабкість проявляється нестійкістю настрою, “нетриманням” емоцій, зниженням здатності людини керувати своїми почуттями. Особливо важко хворим стримати сльози у хвилини розчулення, сентиментального настрою. Коливання настрою, перехід від негативних до позитивних емоцій і навпаки відбувається під дією незначних подій, що свідчить про підвищену емоційну чутливість. Спостерігається при стані астенії, у період реконвалесценції після соматичних хвороб, черепно-мозкових травм, у початковій стадії сифілісу мозку, прогресивного паралічу,

але особливо часто — при церебральному атеросклерозі.

Тугорухомість (інертність, ригідність) характеризується тривалим “застряганням” на одній емоції, причому подія, яка це спричинила, уже давно минула. Входить у структуру епілептичних змін особистості, психоорганічного синдрому.

Експлозивність (від англ. *explosive* — запальність) — нетримання афекту. Проявляється при дисфоріях сильними, неадекватними події, що їх спричинила, емоційними, а іноді й руховими реакціями.

Неадекватність емоцій — невідповідність емоційних реакцій зовнішнім ситуаціям, що їх спричинили, або висловлюванням самого хворого. Найчастіше спостерігається при шизофренії.

Амбівалентність — виникнення до того самого об’єкта одночасно двох протилежних почуттів, наприклад любові й ненависті. Звичайно відзначається при шизофренії.

Фобії — нав’язливі страхи, що характеризуються критичним ставленням хворого до них, прагненням позбутися їх (наприклад: нав’язливий страх висоти, відкритого простору, страх зараження та ін.). Частіше спостерігається при інших нав’язливих станах (думки, потяги, дії) у хворого із неврозом нав’язливості, іноді в початкових стадіях атеросклерозу, при шизофренії.

Різновиди нав’язливих страхів (фобій):

- ✓ агорофобія — нав’язливий страх площ, широких вулиць;
- ✓ аерофобія — нав’язливий страх повітря, що рухається;
- ✓ акарофобія — нав’язливий страх захворіти на коросту;
- ✓ алгофобія — нав’язливий страх болю;
- ✓ астрофобія — нав’язливий страх грому, блискавки;
- ✓ вертигофобія — нав’язливий страх запаморочення;
- ✓ вомітофобія — нав’язливий страх блювання;
- ✓ гематофобія — нав’язливий страх крові;
- ✓ гідрофобія — нав’язливий страх води;
- ✓ гінекофобія — нав’язливий страх жінок;
- ✓ клаустрофобія — нав’язливий страх тісноти, маленьких приміщень;
- ✓ ніктофобія — нав’язливий страх темряви;
- ✓ нозофобія — нав’язливий страх хвороби;
- ✓ канцерофобія — нав’язливий страх захворіти на рак;
- ✓ сифілофобія — нав’язливий страх захворіти на сифіліс;
- ✓ спідофобія — нав’язливий страх захворіти на СНІД;
- ✓ радіофобія — нав’язливий страх радіації;
- ✓ оксифобія — нав’язливий страх гострих предметів;
- ✓ октофобія — нав’язливий страх їжі;
- ✓ танатофобія — нав’язливий страх смерті;
- ✓ фобофобія — нав’язливий страх страху.

Дистимія — це короткочасний (протягом кількох годин або днів) розлад настрою до депресивно-тривожного із гнівливістю, невдоволенням,

роздратованістю.

Дисфорія — раптово виникле, невмотивоване порушення емоцій, що характеризується напруженим тужно-злісним настроєм з вираженою роздратованістю і схильністю до афектів гніву з агресією. Найчастіше відзначається при епілепсії, спостерігається також при органічних захворюваннях нервової системи і психопатії збудливого типу.

Афект — короткочасна, бурхлива емоція, що супроводжується не тільки емоційною реакцією, а й порушенням усієї психічної діяльності.

Патологічний афект виникає у відповідь на зовні незначний подразник, характеризується бурхливою емоційною реакцією з порушенням свідомості (потьмарення свідомості), руховими розладами з руйнівними діями, гострою вегетативною реакцією. Характерні наступні сон і амнезія подій, що трапилися в період афекту. Може виникнути в астенізованих осіб, але частіше відзначається у збудливих психопатів, у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, із церебральним атеросклерозом, гіпертонічною хворобою. Диференціація фізіологічного і патологічного афектів має практичне значення при судово-психіатричній експертизі.

Гіпермімія — перебільшений, бурхливий і яскравий прояв мімічних реакцій. Виразні рухи посилені, прискорені, мінливі.

Амімія, гіпомімія — збіднення міміки, застиглий вираз обличчя. Виразні рухи вповільнені.

Парамімія — неадекватність міміки і виразних дій ситуації. В одних випадках це проявляється посмішкою на похороні, слізьми і гримасами, плачем на весіллі. В інших випадках мімічні реакції не відповідають яким-небудь переживанням — це різні гримаси. Наприклад, хворий мружить очі і відкриває рот, морщить лоб, надуває щоки і т. д.

Особливості дитячого й підліткового віку. При маніакальному синдромі на перший план виступає стан рухового розгальмування, збудження, яке супроводжується не радісним настроєм, а роздратованістю, гнівливістю, іноді агресивністю.

Порушення ефекторно-вольової сфери

Відомо, що ефекторно-вольова сфера — складна психічна функція, що забезпечує цілеспрямовану діяльність людини відповідно до певних мотивів, зумовлених внутрішніми потребами й вимогами навколишнього середовища. Вона складається із двох основних компонентів: а) ефекторного, або рухового (прості і складні рухи, дії й учинки) і б) вольового (здатність до свідомого й цілеспрямованого регулювання людиною своїх діяльності й учинків).

Розлади ефекторно-вольової сфери у вигляді патологічного посилення, послаблення або спотворення окремих її компонентів (рухових і вольових) можуть проявлятися порушеннями не тільки окремих рухових функцій, а й складних поведінкових реакцій, що ґрунтуються на інстинктивних потягах і вищих потребах.

Класифікація ефекторно-вольових розладів

I. Розлади потягів.

1. Розлади харчових потягів:
 - а) посилення (булімія, поліфагія);
 - б) послаблення (анорексія);
 - в) полідипсія;
 - г) спотворення — парорексія (копрофагія та ін.).
2. Розлади інстинкту самозбереження:
 - а) посилення (активно-оборонна форма — агресивність і т. п., пасивно-оборонна — “удавана смерть” і т. п.);
 - б) послаблення (суїцидальні спроби);
 - в) збочення (самокатування).
3. Розлади статевого потягу:
 - а) посилення (гіперсексуальність — сатириазис, німфоманія);
 - б) послаблення (гіпосексуальність, фригідність);
 - в) збочення (нарцисизм, ексгібіціонізм, вуайєризм, трансексуалізм, трансвестизм, онанізм, фетишизм, садизм, мазохізм, педофілія, геронтофілія, гомосексуалізм та ін.).
4. Нав’язливі дії.
5. Насильницькі дії.
6. Імпульсивні дії.
- II. Розлади вольових спонукань.
 1. Гіпербулія.
 2. Гіпобулія.
 3. Абулія.
 4. Парабулії.
 5. Амбітендентність.
- III. Порушення уваги.
 1. Відволікальність.
 2. Прикутість.
 3. Виснаженість.
- IV. Психомоторні розлади.
 1. Симптоми з утрудненням рухової активності:
 - а) каталепсія;
 - б) симптом капюшона;
 - в) пасивно-підпорядковуваний стан;
 - г) негативізм;
 - г) мутизм;
 - д) специфічні розлади розвитку шкільних навичок (дислексія, дисграфія, дискалькулія, акалькулія, диспраксія).
 2. Симптоми з порушенням і неадекватністю рухової активності:
 - а) гіперкінетичні розлади;
 - б) імпульсивність;
 - в) стереотипії;
 - г) ехопраксія;
 - г) вербігерація;
 - д) мимоговорення.

V. Синдроми рухових розладів.

1. Ступор:

- а) кататонічний;
- б) депресивний;
- в) апатичний;
- г) психогенний.

2. Порушення:

- а) кататонічне;
- б) маніакальне;
- в) гебефренічне;
- г) галюцинаторно-маячне;
- г) при розладах свідомості.

3. Кататонічний синдром.

4. Гебефренічний синдром.

5. Апатико-абулічний синдром.

Булімія і поліфагія — наслідок хворобливого посилення харчового інстинкту (потягу), що характеризується постійним непереборним потягом до їжі, ненажерливістю й відсутністю відчуття ситості. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, ендокринних порушеннях.

Анорексія — хворобливе пригнічення харчового інстинкту (потягу), що проявляється відсутністю апетиту або відразою до їжі. Може мати психогенне походження (психогенна анорексія). Варто диференціювати від відмови від їжі через галюцинації або марення. Анорексія спостерігається при депресивних, тяжких астенічних станах і при деяких ендокринних розладах. При анорексії доводиться вдаватися до штучного вигодовування хворих. Якщо відсутність апетиту поєднується з апатією і абулією, можна погодувати хворого або призначити медикаменти, що підвищують апетит. При кататонічному ступорі можна використати симптом активного негативізму у хворого, забираючи в нього тарілку з їжею. У деяких випадках застосовують штучне вигодовування через зонд, що вводять у шлунок через ніс (щоб уникнути прикушування зубами). Маніпуляцію штучного вигодовування слід проводити з обережністю, щоб уникнути асфіксії їжею.

Полідипсія — нестримна спрага, підвищене споживання рідини. Характерна для ендокринних захворювань.

Спотворення харчового інстинкту (потягу) проявляється споживанням неїстівних речовин (землі, вапна, калу і т. п.). Спостерігається переважно при шизофренії, органічних ураженнях головного мозку.

Посилення інстинкту самозбереження може проявлятися в двох протилежних фазах: а) пасивно-оборонній (прагнення уникнути небезпечних і складних ситуацій, прийняття відповідальних рішень, боязкість, нерішучість, боягузтво, реакції “удаваної смерті” і т. п.) і б) активно-оборонній (реакції протесту, різні види агресії і т. п.). Відзначається при складних формах поведінки на тлі психопатій, неврозів та інших хворобливих станів.

Послаблення інстинкту самозбереження проявляється зниженням

інтересу, байдужністю до свого життя і суїцидними спробами (особливо в поєднанні з депресивним афектом).

Спотворення інстинкту самозбереження проявляється в актах самокатування, заподіюванні собі різних каліцтв, проковтуванні металевих та інших предметів і т. д. Спостерігається при шизофренії, органічних ураженнях головного мозку, психопатіях і т. п.

Гіперсексуальність — підвищення сексуального потягу з відповідною поведінкою, що іноді набуває характеру сексуальної розбещеності (у чоловіків — сатиризис, у жінок — німфоманія).

Гіпосексуальність — зниження сексуального потягу (у чоловіків — деякі форми імпотенції, у жінок — фригідність) з відсутністю сексуальних почуттів до осіб протилежної статі. Може мати різне походження — психогенне й ендокринно-органічне.

Сексуальні перверзії (збочення) — порушення статевого інстинкту, що проявляються спотворенням його спрямованості або форм його прояву. Спостерігаються при олігофренії, деменціях, психопатії і деяких інших хворобливих станах. Нерідко їх виявлення призводить до сексуальних правопорушень.

Нав'язливі дії і потяги — потяги і дії, що з'являються раптово, не відповідають змісту свідомості в цей момент, характеризуються критичним ставленням до них і прагненням їх позбутися. Часто мають контрастний характер, тобто проявляються прагненням здійснити те, що в цей момент недосяжно. Відзначаються при неврозі нав'язливих станів, церебральному атеросклерозі, шизофренії.

Насильницькі дії — дії або вчинки, що виникають мимовільно, без боротьби мотивів, із відчуттям їх насильності, сторонності.

Імпульсивні дії — раптові, зовні не мотивовані, неосмислені дії і вчинки:

- а) дромоманія — прагнення змінити місце проживання, до бродяжництва;
- б) клептоманія — періодичний потяг до невмотивованого злодійства;
- в) піроманія — невідворотне прагнення здійснювати підпали;
- г) гемблінг — патологічна схильність до азартних ігор;
- г) трихотиломанія — патологічне прагнення висмикувати власне волосся;
- д) дипсоманія — нестримний потяг до спиртних напоїв;
- е) наркоманія — нестримний потяг до наркотичних речовин.

Парабулія — спотворення вольової активності, що супроводжується відповідною діяльністю, негативізмом, імпульсивністю, химерністю у зв'язку з наявними у хворого психотичними симптомами (марення, галюцинації та ін.).

Амбітендентність — суперечлива реакція на один подразник, подвійність бажань, учинків, дій, рухів.

Гіпербулія — патологічно посилене прагнення до діяльності (загальне — при гіпоманіакальних і маніакальних станах, однобічне — у хворих на

наркоманію, при параноїдних і паранойяльних станах).

Гіпобулія й абулія — хворобливе зниження або повна відсутність спонукання до діяльності. Відзначається при апатико-абулічному синдромі різного генезу (при шизофренії, тяжких травмах і т. д.).

Каталепсія — підвищення м'язового тону, що дає можливість тривалий час зберігати одну надану позу.

Симптом капюшона: хворий лежить або сидить нерухомо, натягнувши на голову халат чи простирadlo, залишивши відкритим лице.

Пасивне підкорення — при звичайному тонусі м'язів хворий не пручається змінам положення його тіла, кінцівок, пози.

Негативізм — опір хворого проханням оточуючих. При пасивному негативізмі хворий просто не виконує інструкцію, при активному — чинить дію, протилежну інструкції.

Мутизм — відсутність мовлення за збереження мовленнєвого апарату.

Дислексія — труднощі в пізнаванні слів і розумінні написаної мови.

Дисграфія — ізольований розлад правопису. Наявність у письмовій мові великої кількості граматичних і стилістичних помилок, закреслювань і переписувань тексту.

Дискалькулія, акалькулія — труднощі у виконанні найпростіших арифметичних операцій, у використанні математичних термінів, розпізнаванні цифр, математичних символів.

Диспраксія — розлад розвитку рухових функцій: незграбність рухів, тонкої моторики; утруднені застібання одягу, узяття і втримування предметів; часті падіння при ходьбі в дітей.

Гіперкінетичні розлади:

1) порушення уваги (не в змозі виконувати будь-яке завдання без помилок, довести почату роботу до кінця, організувати свою роботу, вислухати зауваження старших, уникання роботи, що вимагає посидючості);

2) гіперреактивність (махують руками, дригають ногами, не можуть довго залишатися на одному місці, бігають, шумлять, не реагують на зауваження);

3) імпульсивність проявляється порушенням дисципліни, тому що дитина не в змозі передбачити наслідки своїх учинків. Діти часто агресивні. Відповідають на запитання, не дослухавши його до кінця, не можуть дочекатися своєї черги в іграх, втручаються в розмову або гру інших дітей, зайво багатослівні, неслухняні.

Загальне психомоторне порушення — стан патологічного рухового порушення, що супроводжується розладами мислення, емоцій та інших психічних функцій.

Маніакальне порушення — підвищена рухова активність, прагнення до цілеспрямованої діяльності, що супроводжується ейфорією, прискореним, поверхневим мисленням. Діяльність і мислення не продуктивні через нестійкість уваги. Характерне для маніакального синдрому.

Гебефренічне порушення — підвищена рухова активність у вигляді

нецілеспрямованих, химерних, безглузвих рухів у поєднанні з пустотливістю й розірваністю мислення (гебефренічний синдром). Спостерігається переважно при шизофренії.

Кататонічне порушення — безглузді, нецілеспрямовані рухи, іноді імпульсивне порушення з невмотивованою агресією; супроводжується стереотипіями (стереотипними “гіперкінезами”), ехопраксіями (повторенням рухів оточуючих), ехोलаліями (повторенням слів оточуючих) і амбітендентністю (подвійність учинків, дій, рухів). Спостерігається переважно при шизофренії.

Психомоторне збудження при станах порушеної свідомості — стан підвищеної рухової активності, що має характер: 1) складних автоматичних та інстинктивних рухів (при трансі й сомнамбулізмі); 2) складних дій і вчинків, зумовлених галюцинаторними й маревними переживаннями (при делірійних та інших синдромах); 3) хаотичного підкіркового збудження (при глибокому потьмаренні свідомості).

Загальна психомоторна загальмованість — стан патологічної рухової загальмованості з уповільненням усіх психічних функцій (мислення, мовлення та ін.). Входить у структуру депресивного, апатико-абулічного й астеничного синдромів.

Ступор — стан знерухомлення, що виникає внаслідок гальмування рухових функцій.

Кататонічний ступор — повне або часткове знерухомлення, що супроводжується пасивним або активним негативізмом, мутизмом. У деяких випадках хворі зберігають набуту позу (воскова гнучкість, каталепсія), тривало втримують голову над подушкою (“повітряна подушка”). Входить у структуру кататонічного синдрому, виявляється при шизофренії.

Депресивний ступор — стан знерухомлення, що супроводжується уповільненням мовлення, почуттям туги, іноді тривоги й страху, страждальницькою мімікою, ідеями самозвинувачення й самознищення. Входить у структуру депресивного синдрому.

Апатичний ступор — стан знерухомлення, пов’язаний з емоційною тупістю, повною байдужністю, що спостерігається при органічних захворюваннях головного мозку (ураження лобових часток), при деяких формах шизофренії.

Психогенний ступор — загальне знерухомлення, аж до повного заціпеніння, що виникає при сильних раптових психічних травмах (катастрофи, стихійні лиха і т. д.).

Особливості дитячого й підліткового віку. Ступор у підлітків відзначається вкрай рідко, переважно нетривалий і рудиментарний. У дитячому віці депресивний і кататонічний ступор звичайно не виникає.

Порушення свідомості й самосвідомості

Афективно-звужена свідомість — короткочасна, стрімка, бурхлива реакція, що супроводжується різкими змінами психічної діяльності, звуженням об’єму свідомості, вираженими вегетативними й руховими проявами. Це сильні і короткочасні переживання у вигляді гніву, злості,

страху, захвату, розпачу без втрати самоконтролю, надзвичайна реакція на виняткові обставини. Афективні дії відрізняються ознаками стереотипії, імпульсивності. Різко знижується інтелектуальний і вольовий контроль поведінки, порушується здатність прогнозувати можливі наслідки своїх дій.

У судово-психіатричній практиці людину, яка здійснила протиправний вчинок у стані фізіологічного афекту, вважається осудною і відповідає за вчинене.

У повсякденному житті стан афективно-звуженої свідомості досить поширений, особливо в ситуації паніки, коли під час пожежі люди вистрибують з вікна висотного палаючого будинку, намагаючись урятуватися, але при цьому прирікають себе на неминучу загибель. Під час аварії корабля люди стрибають у воду, не вміючи плавати. Подібні ситуації мають місце в практичній діяльності будь-якого лікаря (повідомлення про тяжку хворобу або загибель близької людини, особливо дитини; при цьому родичі можуть кричати, безпідставно звинувачувати лікаря, вимагати його покарання).

Для діагностики станів порушеної свідомості найчастіше використовують набір критеріїв, запропонованих німецьким психіатром К. Ясперсом: 1) відчуженість від реального зовнішнього світу (хворі уривчасто, фрагментарно, нечітко сприймають дійсність); 2) порушення орієнтування в часі, просторі, ситуації, рідше у власній особистості; 3) порушення чіткості мислення, аж до незв'язності; 4) амнезія — порушення здатності запам'ятовувати події, які відбуваються в момент порушення свідомості.

Про порушення свідомості свідчить тільки одночасна наявність усіх перерахованих ознак, а не якої-небудь однієї. Дуже важливою для діагностики станів порушеної свідомості також є специфічна динаміка цих розладів: усі стани порушеної свідомості — це гострі мінущі розлади.

У клінічній практиці розлади свідомості прийнято поділяти на непродуктивні (порушення ясності свідомості без психотичних симптомів) і продуктивні (психотичні) форми.

Непродуктивні форми (зниження рівня свідомості без психотичних симптомів)

Оглушення проявляється підвищенням порогу сприйняття всіх аналізаторів, уповільненням мислення. Хворі реагують тільки на сильні подразники (голосну мову, біль), розуміють тільки прості інструкції, швидкість їхньої реакції вповільнена. Орієнтування в часі й просторі утруднене: пацієнти не можуть правильно назвати лікарню, у яку їх привезли, неточно визначають час, однак загальне усвідомлення ситуації не порушене: розуміють, що їх оточують лікарі, що вони перебувають у медичному закладі. Спогади про період оглушення вкрай фрагментарні, хоча повна амнезія звичайно не спостерігається.

Сопор — глибокий розлад свідомості з повним припиненням психічної діяльності. Хоча пацієнти створюють враження глибоко сплячих, розбудити

їх не вдається. Разом із тим зберігаються найпростіші реакції на найсильніші стимули і безумовні рефлекси. Так, пацієнти можуть реагувати стогонами у відповідь на біль; натягати на себе ковдру, відчуючи холод; відкрити на короткий час очі, якщо лікар голосно вимовить їхнє ім'я. При цьому ніякого контакту із хворими встановити не вдається: вони не чують і не виконують інструкції, не можуть знаком або рухом виразити своє ставлення до сказаного. Після виходу із сопору завжди спостерігається повна амнезія.

Кома — найтяжчий ступінь виключення свідомості, при якому не тільки відсутній контакт із хворим, а й реакції на сильні подразники і безумовні рефлекси.

Причинами виникнення оглушення, сопору й коми бувають різні екзогенні й соматогенні органічні ураження мозку (інтоксикації, інфекції, травми, гіпоксія й гіпоглікемія, порушення водно-сольового балансу, підвищення внутрішньочерепного тиску внаслідок зростаючої пухлини або гематоми та ін.). Послідовний перехід від легких форм оглушення до коми відбувається в разі посилення тяжкості стану, що вимагає проведення реанімаційних заходів.

Продуктивні форми (синдроми потьмарення свідомості — психотичні форми)

Синдроми потьмарення свідомості звичайно супроводжуються психомоторним збудженням і яскравою продуктивною симптоматикою. До них належать делірій, онейроїд, аменція і сутінкове потьмарення свідомості.

Делірійний синдром (від лат. *delirium* — божевілля) — потьмарення свідомості з переважанням жахальних справжніх зорових галюцинацій, психічних ілюзій, маячних ідей, змістових галюцинацій, рухового збудження. Хворі відчують сильний страх, що наростає, почуття тривоги. Орієнтування в просторі і часі порушене, самосвідомість, як правило, збережена. Характерна добова динаміка стану з погіршенням у вечірні й нічні години. Спогади хворого про пережите під час делірію носять фрагментарний характер.

Аментивний синдром — глибоке потьмарення свідомості з незв'язністю мислення, повною відсутністю контакту, дезорієнтацією, поодинокими галюцинаціями, хаотичним збудженням у межах ліжка й ознаками різкого фізичного виснаження. Тяжкість фізичного стану визначає можливість летального наслідку. Якщо вдається врятувати життя хворого, нерідко формується виражений органічний дефект (деменція, синдром Корсакова).

Онейроїдний синдром — потьмарення свідомості з повною дезорієнтацією, відчуженістю, яскравими галюцинаціями фантастичного змісту, що нагадують віртуальну реальність, у якій хворі подумки “беруть участь”, однак мають можливість ніби спостерігати за собою збоку. Рухове збудження, як правило, відсутнє. Після завершення хворобливого стану усе амнезується, однак частково зберігаються яскраві спогади про переживання.

Сутінкове потьмарення свідомості. Характерні раптовий початок, відносно коротка тривалість (від десятків хвилин до кількох годин), різке

(іноді раптове) припинення і повна амнезія всього періоду порушеної свідомості. Хворі повністю дезорієнтовані. Сприйняття оточуючого в момент потьмарення свідомості фрагментарне, хворі вихоплюють із навколишніх подразників випадкові факти і реагують на них зовсім несподівано. Після завершення хворобливого стану — повна амнезія.

Виділяють такі варіанти сутінкового потьмарення свідомості:

1) із яскравою продуктивною симптоматикою у вигляді марення й галюцинацій, із гострим психомоторним збудженням, грубою агресією, злісним афектом; однак хворі не в змозі докладно описати свої переживання, оскільки контакт із ними в момент психозу вкрай утруднений;

2) із автоматизованими діями (амбулаторні автоматизми) — проявляються короткими періодами потьмарення свідомості без гострого збудження зі збереженою здатністю виконувати прості автоматизовані дії.

Синдром астенічної сплутаності свідомості — це мерехтлива ясність свідомості, при якій у момент прояснення з людиною можна встановити адекватний продуктивний контакт. Але в процесі спілкування хворі вкрай швидко починають виявляти ознаки виснаження уваги і через 5—10 хв після початку бесіди повністю втрачається орієнтація в оточуючому і у власній особистості, мислення й мовлення стають незв'язними.

Особливості дитячого і підліткового віку. Для підлітків найхарактерніший делірійний синдром, рідше — аментивний. У цьому віці вперше виникають рудиментарні, нерозгорнуті онейроїдні стани.

У дітей на тлі гарячкових станів часто розвивається делірій, онейроїд у цьому віці звичайно не спостерігається. Сутінкові стани свідомості в дитячому віці при епілепсії нетривалі, нерозгорнуті, супроводжуються руховими й вегетативними розладами.

Серед проявів станів порушеної свідомості в дитячому й ранньому підлітковому віці переважають ілюзії і галюцинації уяви, фабула хворобливих переживань відповідає змісту тих переживань дитини, які передували хворобі. У підлітків рідко виникають явища аутопсихічної деперсоналізації, типовішими є симптоми дереалізації й сомато-психічної деперсоналізації.

Для дітей деперсоналізаційні розлади не характерні.

Психопатологічні синдроми

У практичній роботі лікаря велике значення має вміння правильно визначити провідний синдром, що дає можливість окреслити коло захворювань, із якими необхідно проводити диференціальну діагностику, і встановлювати остаточний діагноз.

Класифікація психопатологічних синдромів

I. Непсихотичні межові синдроми.

1. Астенічний.
2. Депресивний (непсихотичний варіант).
3. Неврастенічний.
4. Нав'язливостей.
5. Дисоціативний.
5. Дистиморфобічний.
6. Психопатичні і психопатоподібні.

II. Психотичні синдроми.

1. Синдроми потьмарення свідомості:

- ✓ астенічної сплутаності;
- ✓ синдром розгубленості;
- ✓ делірійний;
- ✓ аментивний;
- ✓ онейроїдний;
- ✓ сутінковий стан свідомості.

2. Депресивний (психотичний варіант);

3. Синдром галюцинозу.

4. Маніакальний.

5 Параноїдний:

- ✓ Кандинського — Клерамбо;
- ✓ дистиморфоманічний;
- ✓ Котара.

6. Паранойяльний.

7. Парафренний.

8. Гебефренічний.

9. Кататонічний.

III. Дефектно-органічні синдроми.

1. Апатико-абулічний.

2. Психоорганічний (експлозивний, апатичний, ейфорійний, астенічний варіанти).

3. Амнестичний синдром Корсакова.

4. Порушення розвитку інтелекту (розумова відсталість).

4. Деменції.

Непсихотичні (межові) синдроми характеризуються порушеннями переважно в емоційній і вольовій сферах, причому постійним є патологічне посилення тривоги. Хворі критично оцінюють свій стан.

Астенічний синдром (від грец. *asteno* — відсутність сили) проявляється вираженою фізичною і психічною стомлюваністю, що виникає вже після незначних навантажень. Хворим важко зосередитися, тому вони погано запам'ятовують. З'являються емоційна нестриманість, лабільність, підвищується чутливість до звуків, світла, кольорів. Сповільнюється темп мислення, хворі зазнають труднощів при розв'язанні складних інтелектуальних завдань.

При астено-невротичних станах до описаних явищ астенії приєднуються запальність, підвищена дратівливість, плаксивість, примхливість.

При астено-депресивних станах явища астенії поєднуються зі зниженим настроєм.

При астено-іпохондричному синдромі астенічні симптоми сполучаються з підвищеною увагою до свого фізичного здоров'я, хворі надають великого значення різним неприємним і болючим відчуттям у внутрішніх органах.

При астено-абулічному синдромі хворі, починаючи яку-небудь роботу, так швидко стомлюються, що не можуть виконати навіть найпростіших завдань і стають практично бездіяльними.

Неврастенічний синдром (синдром дратівливої слабості) характеризується, з одного боку, підвищеною збудливістю, нетриманням афекту, схильністю до бурхливих афективних реакцій при вольовій нестійкості, з іншого — підвищеною виснаженістю, плаксивістю, безвільністю.

Дисоціативний синдром характеризується підвищеною емоційною збудливістю, театральністю поведінки, схильністю до фантазування й брехливості, до бурхливих афективних реакцій, істеричних нападів. Відзначаються функціональні паралічі і парези та ін.

Синдром нав'язливостей проявляється нав'язливими думками, фобіями, нав'язливими бажаннями й діями. Явища нав'язливості виникають, як правило, раптово, не відповідають змісту думок хворого в цей момент, хворий критично ставиться до них і бореться з ними. Залежно від переважання нав'язливих страхів, думок або дій виділяють фобічний, obsесивно-фобічний або obsесивно-компульсивний варіанти.

Дисморфобічний синдром. Хворі переоцінюють значення наявних у них фізичних недоліків, активно шукають допомоги у фахівців, вимагають проведення їм косметичних операцій. Найчастіше виникає в пубертатному віці за психогенним механізмом. Наприклад, якщо підлітки переконані в тім, що в них надмірна маса тіла, вони жорстко обмежують себе в їжі (психогенна анорексія).

Депресивний синдром (непсихотичний варіант) характеризується депресивною тріадою: пригніченим, сумним, тужливим настроєм, уповільненням мислення й руховою загальмованістю. Вираженість зазначених розладів різна. Діапазон гіпотимічних розладів великий — від легкої пригніченості, смутку до глибокої туги, при якій хворі скаржаться на відчуття важкості, болю в грудях, безперспективність, нікчемність існування. Усе сприймається в темних кольорах — минуле, сьогодення, майбутнє.

Уповільнення асоціативного процесу проявляється збідненням мислення — зменшенням кількості думок, уповільненням мислення. Хворий спроможний думати лише про хвороби, свою провину (ідея самозвинувачення). Ніякі приємні події не можуть змінити спрямованість думок. Відповіді на запитання в таких хворих носять односкладовий

характер, між запитаннями і відповідями часто встановлюються тривалі паузи.

Рухова загальмованість об'єднує уповільнення рухів, мовлення. Мовлення тихе, повільне, міміка скорботна, рухи вповільнені, одноманітні, хворі тривалий час можуть залишатися в одній позі. У деяких випадках рухова загальмованість досягає повного знерухомлення (депресивний ступор).

Депресивний синдром звичайно супроводжується вираженими вегетативно-соматичними порушеннями: тахікардією, неприємними відчуттями в ділянці серця, коливаннями артеріального тиску з тенденцією до гіпертензії, порушеннями з боку травного каналу, втратою апетиту, зниженням маси тіла, тривкими запорами, ендокринними розладами.

Психотичні синдроми характеризуються наявністю або галюцинацій, або маячних ідей, або розладів свідомості. При цьому хворі не оцінюють ці порушення як хворобу, тобто в них відсутня самокритика хворобливого стану.

Синдроми потьмареної свідомості описано в главі “Порушення свідомості й самосвідомості”.

Синдром галюцинозу (зорового, слухового, тактильного та ін.) — удаване сприйняття образів без реального подразнення відповідного аналізатора, без маревого трактування галюцинацій, із критичним ставленням або без нього.

Синдром дереалізації — відчуття мінливості навколишнього світу, що створює враження “нереального”, “далекого”, “штучного”, “підлаштованого”, на тлі збереження формального орієнтування. На відміну від психосенсорних розладів, порушення сприйняття стосується не фізичних властивостей навколишніх предметів, а лише їхньої внутрішньої суті.

Синдром деперсоналізації — це хворобливе переживання власної мінливості, втрати власної ідентичності, втрати власного Я.

Депресивний синдром (психотичний варіант). Окрім описаних вище проявів депресивного синдрому для психотичного варіанта характерні маячні ідеї самозвинувачення, самознищення, гріховності, винуватості, галюцинаторні переживання з аналогічним змістом, які теж можуть призводити до появи думок про самогубство.

Маніакальний синдром характеризується маніакальною тріадою: ейфорія (неадекватно підвищений настрій), прискорення асоціативних процесів і рухове збудження із прагненням до діяльності.

Для маніакального синдрому характерна відволікальність, у зв'язку із чим хворі не можуть довести почату справу до кінця, послідовно повідомити про себе анамнестичні відомості. Незважаючи на те що хворий говорить без утаву й охоче розмовляє з лікарем, бесіда ця непродуктивна, тому що хворий відволікається на різні зовнішні події або виниклі в нього асоціації. Ці асоціації носять звичайно поверхневий характер.

Хворі в маніакальному стані звичайно не висувають соматичних скарг, вони відчувають не тільки душевне піднесення, а й приплив фізичних сил. У

цьому стані вони схильні переоцінювати свої здібності і можливості. Статевий потяг буває посиленним. Хворі легко вступають у сексуальний контакт, одружуються, дають необґрунтовані обітниця й обіцянки.

Варіанти легкого перебігу маніакальних станів прийнято називати гіпоманіями. Різні варіанти маніакального синдрому відзначаються при маніакально-депресивному психозі, а також шизофренії, затяжних симптоматичних психозах, після черепно-мозкових травм, при прогресивному паралічі, гострих інтоксикаціях.

Параноїдний синдром характеризується наявністю несистематизованих маревних ідей різного змісту в сполученні з галюцинаціями, псевдогалюцинаціями. Образне марення, переважно марення переслідування, виникає гостро, відрізняється різноманіттям фабули, яскравістю, масштабністю. Хворі тривожні, неспокійні, відчувають страх, іноді розгубленість. Вони не можуть зрозуміти, хто, за що і як їх переслідує. Поведінка частіше пасивно-оборонна. Спостерігається при екзогенних, психогенних психозах, шизофренії.

Синдром Кандинського — Клерамбо є різновидом параноїдного синдрому і характеризується явищами психічного автоматизму ідеаторного (хтось керує думками), моторного (рухами хворого керує чужа сила), емоційного (“створюють настрій”, “спричинюють радість, сум, страх, захоплення”). Відзначаються псевдогалюцинації, найчастіше слухові, маревні ідеї впливу, ментизм, симптоми відкритості думок (відчуття, що думки хворого доступні оточуючим) і вкладеності думок (відчуття, що думки хворого є чужими, переданими). Нерідко у хворих виникає відчуття, що в їхній голові звучать їхні власні або чужі думки або відбувається їх насильницьке призупинення. Іноді маревні ідеї впливу поширюються не тільки на самого хворого, а й на його родичів або знайомих, у таких випадках хворі впевнені, що не тільки вони самі, а й інші люди перебувають під стороннім впливом. Найхарактерніший для шизофренії.

Синдрому Котара притаманне іпохондричне марення на тлі тужливого настрою. У хворих виникають ідеї збитку, смерті, загибелі світу, самозвинувачення в здійсненні тяжких злочинів. Характерні твердження, що у хворого “згнили кишки”, “немає серця”, хворі можуть уважати, що вони вже давно вмерли і розкладаються. Найчастіше синдром Котара спостерігається при інволюційній депресії.

Дисморфоманічний синдром характеризується тріадою ознак: маревні ідеї фізичного недоліку, марення відносин, знижений настрій. Хворі активно прагнуть до усунення своїх фізичних вад. Коли їм відмовляють у проведенні операції, іноді самі намагаються виправити свою неповноцінність (виродливість). Спостерігається при шизофренії.

Паранойяльний синдром проявляється наявністю систематизованого марення за відсутності порушень сприйняття і психічних автоматизмів. Маревні ідеї засновані на реальних фактах, однак порушується здатність хворих пояснювати логічні зв'язки між явищами реальності, факти відбираються однобічно, відповідно до фабули марення. Нерідко хворі

протягом тривалого часу намагаються довести свою правоту, пишуть скарги, звертаються з позовом до суду, стають “переслідувачами своїх переслідувачів”, що може становити певну соціальну небезпеку. Спостерігається при шизофренії, пресенильних, реактивних психозах, алкоголізмі.

Парафренний синдром — сполучення систематизованого або несистематизованого марення із психічними автоматизмами, вербальними галюцинаціями, конфабуляторними переживаннями фантастичного змісту, схильністю до покращання настрою. Найхарактерніший для пізніх стадій шизофренії.

Гебефренічний синдром — сполучення гебефренічного порушення з пустотливістю і розірваністю мислення. Спостерігається переважно при шизофренії.

Кататонічний синдром перебігає у вигляді кататонічного безглузлого збудження або ступору або періодичної зміни цих станів. Спостерігається при шизофренії, інфекційних та інших психозах.

Дефектно-органічним синдромам властивий дефект інтелекту різного ступеня вираженості, зумовлений органічною патологією головного мозку.

Психоорганічний синдром характеризується нетяжкими порушеннями інтелекту. У хворих знижується увага, фіксаційна пам'ять, їм важко згадати події зі свого життя та загальновідомі історичні події. Сповільнюється мислення. Хворі зазнають труднощів у набутті нових знань і навичок. Відбувається або нівелювання особистості, або загострення рис характеру. Залежно від того які переважають емоційні реакції, виділяють експлозивний варіант (хворі роздратовані, брутальні, агресивні), ейфоричний варіант (неадекватно веселі, безтурботні), апатичний варіант (байдужі). Можлива часткова зворотність. Відбувається поступовий розвиток синдрому деменції. Характерний для екзогенно-органічних уражень головного мозку.

Апатико-абулічний синдром — сполучення байдужості, апатії і відсутності або послаблення спонукань до діяльності (абулії). Спостерігається при виснажливих соматичних захворюваннях, інтоксикаціях, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

Амнестичний синдром Корсакова включає порушення пам'яті на поточні події (фіксаційну амнезію), ретро- й антероградну амнезію, псевдоремінісценції, конфабуляції, амнестичну дезорієнтацію. Синдром Корсакова діагностують при органічному ураженні головного мозку внаслідок інфекційних захворювань, інтоксикацій, у тому числі алкогольної, черепно-мозкової травми, судинної патології і т. д.

Синдром розумової відсталості (олігофренія) залежно від ступеня вираженості проявів прийнято поділяти на ідіотію, імбецильність і дебільність. Причини олігофренії різні: спадкові фактори (50 % усіх випадків олігофренії); хвороби матері під час вагітності (інтоксикація, інфекція); фізична травма плода; ускладнені пологи, які зумовили крововилив у мозок або травми черепа в новонародженого тощо. При олігофренії, на відміну від

деменції, відсутня прогресивність, тобто подальше руйнування центральної нервової системи. При олігофренії найчастіше відзначається рівномірна недостатність усіх сторін інтелекту, у той час як для деменції характерна невідповідність між окремими залишками знань, які свідчать про багатство досвіду, що колись був, і загальним зниженням розважливості, критики. Крім того, олігофренії властиве недорозвинення не тільки психіки, а й усього організму.

Деменція — набуте слабоумство. До деменції призводять епілепсія, органічні захворювання, при яких відбуваються атрофічні процеси в речовині головного мозку (сифілітичний і старечий психози, судинні або запальні захворювання головного мозку, тяжкі черепно-мозкові травми), шизофренія. Розрізняють лакунарне і тотальне слабоумство.

При *лакунарному слабоумстві* знижується працездатність, прогресує втрата знань, навичок, розвиваються нерівномірне послаблення пам'яті, суджень, афективна нестійкість, втрата гнучкості психічних процесів, погіршення пристосовності, зниження самоконтролю. Хворі, як правило, критично оцінюють дефект свого інтелекту. При цьому ставлення хворого до оточуючого залишається колишнім, мало змінюється коло інтересів, зберігаються сформовані раніше переконання. Особистість убожіє, але зберігає притаманну їй систему відносин, основні морально-етичні властивості. У таких випадках говорять про органічне зниження особистості.

При *тотальному слабоумстві* відбувається повний розпад особистості. Спостерігається різко виражене звуження кола інтересів, які зводяться до задоволення елементарних біологічних потреб. При цьому в першу чергу порушуються найвищі рівні особистості, її вищі емоційні прояви. Хворі грубо некритичні до зниження інтелекту.

Лакунарне і тотальне слабоумство в деяких випадках є стадіями розвитку патологічного процесу. У клініці церебрального атеросклерозу, сифілісу мозку можна спостерігати переростання слабоумства із лакунарного в тотальне.

РОЗДІЛ 2.2 ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПСИХОТЕРАПІЯ, ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА. ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ.

Лікування осіб із психічними захворюваннями поділяють на види відповідно до мети, яку при цьому переслідують, та методів, що використовують. Як і в інших галузях медицини, залежно від мети виділяють етіологічну, патогенетичну, симптоматичну, загальнозміцнювальну терапію та ін. Прикладом етіологічної терапії в психіатрії є дезінтоксикація у разі інтоксикаційних психозів. Прикладом патогенетичної терапії, тобто спрямованої на те, щоб втрутитися в механізм розвитку хвороби і перервати його перебіг, може бути шокова терапія за деяких форм шизофренії. Симптоматичне лікування використовують для усунення тяжких або небезпечних проявів хвороби. Наприклад, для швидкого усунення гострої тривоги застосовують проти-тривожні засоби: тизерцин, седуксен, феназепам тощо.

У психіатрії прийнято призначати деякі особливі види терапії залежно від визначених задач.

Купірувальна терапія (від франц. *couper* — різати, припиняти) спрямована на швидке усунення важких гострих проявів психічних розладів — збудження, галюцинозу й ін. Для цього звичайно використовують парентеральне введення психотропних засобів, особливо нейролептиків, у відносно високих дозах. У разі усунення гострих проявів знижують дози, переходять на пероральне вживання лікарських засобів, використовують інші засоби, що діють повільніше, але більш спрямовано на окремі розлади. Прикладом купірувальної терапії служить переривання алкогольного делірію ("білої гарячки") за допомогою внутрішньовенних введень сибазону (реланіуму).

Підтримувальну терапію використовують після досягнення певного ефекту (від поліпшення до практичного видужання), але повне припинення лікування загрожує рецидивом або погіршенням стану. Звичайно застосовують знижені дози ефективних ліків або заміняють сильнодіючі засоби на більш м'які. Раптове припинення підтримувальної терапії нерідко супроводжується реакцією відміни, синдромом відміни, що виявляється як погіршенням психічного стану, їж і тативними порушеннями. У випадку припинення підтримувальних рецидиви психічного розладу часто настають не відразу, а через 2—3 тиж.

Підтримувальну терапію проводять протягом багатьох місяців і р Щоб позбавити пацієнта від необхідності вживати ліки кілька разів на / і щоб бути впевненим, що препарати регулярно надходять в організм, а ристовують засоби пролонгованої дії — "депо-препарати". Внутрішньом'ї ві ін'єкції подібних засобів роблять 1 раз на 2—4 тиж (галоперидолу жс ноат, клопиксол-депо, модитен-депо та ін.). Існують препарати пролоига ної дії для перорального вживання (інвега та ін.). їх досить вживт»' на добу — вони

повільно всмоктуються. Недоліком пролонгованих препаратів, особливо для внутрішньом'язового введення, є неможливість за г б и швидко перервати лікування, а також необхідність продовжувати на. ральне вживання коректорів.

Коригувальна терапія, або застосування спеціальних лікарських засоб спрямованих на усунення тяжких побічних дій психотропних препаратів, в основному у вигляді екстрапірамідних порушень. Багато з антипсихоти них препаратів, особливо галоперидол, триседил, мажептил, спричинює паркинсоноподібні порушення — м'язовий тремор, скутість і ін., а тако напади судомного зведення окремих м'язів — очних яблук, язика, шиї та її Для усунення цих порушень призначають систематичне пероральне вживали антипаркінсонічних засобів, найчастіше циклодолу (трифен, паркопан).

Превентивна або протирецидивна терапія є різновидом підтримувальнс" але проводять її на тлі видужання або гарної ремісії. Перерва в лікуванні ні обов'язково спричиняє негайний рецидив. Прикладом є лікування солям» літію у разі маніакально-депресивного психозу: їхнє регулярне застосування запобігає розвитку чергової фази.

Боротьба з терапевтичною резистентністю, толерантність до лікарських засобів, звикання, що частіше розвивається у разі хронічних психічних розладів і тривалого лікування психотропними засобами, включає різні спеціальні прийоми. Вони призначені, щоб посилити дію ліків або підвищити чутливість організму до них. До таких прийомів належать навмисні перерви в лікуванні з викликанням синдрому відміни, електросудомна терапія та ін.

Відповідно до застосовуваних методів лікування психічних розладів поділяють на медикаментозну терапія, психотерапію, а також соціотерапію і реабілітацію як систему заходів для відновлення (повного або часткового) соціального статусу хворого. Лікування кожного пацієнта звичайно буває комплексним, що включають методи усіх видів терапії, попередження ускладнень і підвищення захисних сил організму.

Медикаментозна терапія - до неї відносять застосування усіх лікувальних засобів, у тому числі психотропні засоби, лікування гормонами, ферментними препаратами, вітамінами й іншими біологічно активними речовинами.

Психофармакотерапія - лікування психотропними засобами. На сьогодні дана група лікарських препаратів є основним методом лікування психічних розладів. Серед цієї групи прийнято виділяти нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, тимостабілізатори, психостимулятори і ноотропи. До психотропних засобів відносять також психодислептики (психотоміметики, галюциногени, "психоделічні" засоби), у нашій країні їх не застосовуються для лікування.

Психотерапія — лікування за допомогою впливу психічними факторами, такими як слово, невербальні умовні подразники, обстановка, певні заняття тощо. Психотерапію використовують у різних галузях медицини. Вона особливо важлива при захворюваннях, у розвитку яких психічний фактор відіграє провідну роль (неврози й інші реактивні стани,

психосоматичні захворювання), коли хвороба сама собою створює для пацієнта стресові умови (наприклад, у перед- і післяопераційний період) або стає для нього тяжкою психічною травмою (наприклад призводить до інвалідності). При неврозах психотерапія є основним методом лікування, але вона застосовується практично при всіх психічних розладах.

Методи психотерапії

Сугестивні методи в різних видах ґрунтуються на використанні навіювання (від лат. *suggestio* — навіюю).

- Навіювання в стані гіпнотичного сну (техніку гіпнотичного навіювання викладено в спеціальних посібниках. Користуватися цим методом може тільки лікар, що одержав спеціальну підготовку із психотерапії).

- Навіювання в стані неспання досягається шляхом владної, авторитетної, упевненої заяви психотерапевта.

- Наркопсихотерапія — навіювання в стані наркотичного сну.

- Аутогенне тренування (аутотренінг) — самонавіювання, що досягається шляхом спеціально розроблених вправ.

- Плацеботерапія — використання препаратів плацебо, які виглядом, запахом, смаком не відрізняються від певних ліків (транквілізаторів, снодійних та ін.), але насправді є зовсім індивідуальними речовинами.

“Поведінкові”, біхевіоральні, умовно-рефлекторні методи засновані на виробленні умовних рефлексів, умовного блювотного рефлексу на вигляд, запах, смак алкоголю шляхом сполучення невеликої дози спиртного напою і блювотних засобів. Практикуються також інші прийоми “навіювання”. Наприклад, хворого з нав’язливими побоюваннями змушують багато разів подумки уявити ситуацію, що спричинює страх, унаслідок чого почуття страху поступово згасає, загальмовується.

Рациональні методи адресуються свідомості хворого, його розуму, засновані на логічному переконанні пацієнта, роз’ясненні йому природи розладів і шляхів їхнього усунення.

Соціотерапія по суті є складовою психотерапії, що використовує соціально-психологічні фактори: безпосередній вплив навколишнього соціального середовища, різні форми соціальної активності (наприклад клуби колишніх пацієнтів) або колективної діяльності.

За формами проведення психотерапія поділяється на індивідуальну, групову і сімейну.

Вікові особливості психічних розладів

У процесі розвитку дитини між ним і навколишнім його мікросередовищем складаються виняткові і неповторні взаємини. Для кожного періоду розвитку дитини є характерним і новим типом відносин між ним і навколишньою його соціальним середовищем. Становлення психіки дитини, його розвиток можливі при адекватному залученні у світ соціальних взаємин і придбанні запасу знань, накопичених попередніми поколіннями.

Розвиток і навчання невірне розглядати як ізольовані процеси: вони єдині. Навчання, впливаючи перед, повинне враховувати закономірності психічного розвитку дитини і його можливостей. Закономірності розвитку психіки дитини не є простим кількісним переходом від одного віку до іншого, а завжди являє собою визначені якісні стрибки.

Вікові психологічні кризи — особливі, відносно нетривалі за часом (до року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. У літературі виділяють наступні вікові кризи:

1. Криза першого року життя
2. Криза 3-х років
3. Криза 7-и років
4. Пубертатний криз
5. Криза клімактеричного віку

В даний час більшістю психологів прийнята наступна вікова періодизація:

- період новородженості — до 1 місяця;
- період дитинства — 1 - 12 місяців;
- період раннього дитинства — 1 - 4 роки;
- дошкільний період — 4-7 років;
- молодший шкільний — 7-12 років;
- підлітковий період — 12-16 років;
- рання юність — 16-19 років;
- пізня юність — 19-21 рік.
- молодість (рання зрілість) — 21-35 років;
- зрілість — 35-60 років;
- перша старість (літній вік)- 60-75 років;
- старість (похилий вік) — 75-90 років;
- довгожителство — старше 90 років.

Кожному з перерахованих періодів властиві загальні й індивідуальні особливості:

У період новородженості, дитинства і раннього дитинства: почуття задоволення дитина виявляє емоційною реакцією — мімікою, жестами, вокалізацією. Позитивна емоційна реакція на людину, частіше мати, виникає раніш, ніж на фізичні об'єкти. До кінця першого місяця у відповідь на ласкаве вираження особи дорослої людини в дитини починає з'являтися посмішка — перший соціальний жест, що знаменує перехід від періоду новородженості до періоду дитинства.

До кінця періоду дитинства з'являється здатність до розуміння людської мови, починають вимовлятися перші самостійні слова. Дитина опановує найпростішими предметними діями.

Важливим новотвором цього віку є усвідомлення власного «Я», виділення себе з навколишнього світу, що супроводжується прагненням до самостійності: «Я сам», «Я хочу».

Дитячий вік закінчується **кризою першого року життя**, обумовленою становленням ходьби і мови. У цей період часу для дитини бувають

характерними акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим. У деяких випадках опозиція дитини приймає характер «істерик», афективно-респіраторних судорог, припадків.

Криза 3-х років. Основні його прояви — негативізм, норовистість, свавілля (знецінювання, приниження цінностей, деспотизм, ревності). Ступінь виразності кризи трьох років залежить від того, наскільки дорослі враховують ситуацію розвитку, що змінилася. Якщо вони продовжують обмежувати його самостійність, ущемляють волю дитини, обмежують його ініціативу, то виникає своєрідний бунт — протест, що свідчить про необхідність корекції виховних мір з боку дорослих.

Психічні особливості в дітей дошкільного і молодшого шкільного віку.

Для дитини цього віку не існує відверненого пізнання, критичного споглядання, і тому спосіб освоєння навколишнього світу — це дії у світі реальних предметів і речей, але дитина поки не володіє способами здійснення цих дій.

Інтелектуальна готовність дитини до школи важлива, але не єдина передумова успішного навчання. Важливим є відношення дитини до школи, до навчання, до вчителів, до самого себе («соціальна позиція»).

Особливе місце в психологічному розвитку старшого дошкільника займає спілкування з дорослими, котре носить переважно внеситуативно-особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої позиції у відношенні дорослого — позиції учня, що є необхідною передумовою для навчання в школі.

Перехід з дошкільного віку в молодший шкільний нерідко супроводжується **кризою 7 років**.

Для кризи 7 років характерна: 1) утрата дитячої безпосередності; 2) манерність, капризи, у поведженні — нарочитість, безглуздість, верткість, клоунада, дитина вдає із себе блазня; 3) початок диференціації внутрішньої і зовнішньої сторони особистості дитини; 4) об'єктом аналізу стають суб'єктивні переживання: «Я радіюся», «Я засмучуюся»; 5) формування афективного узагальнення, логіка почуттів.

До віку 6-7 років однієї з основ зміни психологічної діяльності дитини, його особистісних особливостей є формування нової діяльності — навчальної, котра стає провідною.

Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися внаслідок двох причин: 1) неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання і навчання; 2) недостатнього розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують навчальну діяльність. У свою чергу, навчальна діяльність зв'язана з формуванням самооцінки особистості. Корекція самооцінки — важливий момент, що вимагає порівняння дитини тільки із самим собою. Важливим є використання заохочення.

Психологічні особливості в підлітків

В даний час до підлітків прийнято відносити дітей 12-15 років, причому період 11-12 років визначається як препубертатний період, а 13-15 років — як пубертатний.

Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, однак **криза цього віку (пубертатний)** значно відрізняється від криз молодших віків. Він є самим гострим і тривалим. Зв'язано це із поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних і соціальних факторів.

В основі лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням полової зрілості. Крім формування вторинних статевих ознак у підлітків відзначається зміна взаємовідносин частин тіла; тулубу — ще дитяче при швидкому розвитку кінцівок. Рухи при цьому стають кутастими і незграбними. Часто за бурхливим зростом тіла (різке збільшення м'язової маси і росту) не встигають внутрішні органи, що приводить до розвитку цілого ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи.

Поряд із психічними змінами, обумовленими винятково гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, не зв'язані прямо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін варто віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власного достоїнства, власних можливостей і здібностей. Розвиваються і більш повно усвідомлюються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не обумовлена сексуальними потребами, але навпроти носить винятково платонічний, духовний характер. Протягом підліткового періоду ламаються і перебудовуються багато колишніх відносин дитини до навколишнього і самого себе, формується та життєва позиція, з яким підліток починає своє самостійне життя.

Основним новотвором підліткового віку є формування почуття дорослості, тобто стан, коли основна маса потреб підлітка нічим не відрізняється від таких у дорослих. Однак при об'єктивно наступаючому дорослішанні соціальна ситуація для нього, як правило, не міняється — він залишається учнем і знаходиться на утриманні в батьків, позбавлений ряду цивільних прав. Тому багато домагань приводять до нерозв'язних труднощів, входять у конфлікт із реальною дійсністю. У цьому і криється основна психосоціальна причина кризи підліткового віку.

Одним із самих помітних і важливих проявів психологічної перебудови підлітка є різка зміна відносини з дорослими, зокрема з батьками. Відбувається зміна значимих осіб, і підлітки в багатьох життєвих областях орієнтуються винятково на думку однолітків, майже цілком ігноруючи думку батьків і навколишніх дорослих. Як не важливий вплив батьків на формування особистості дітей, нік його приходить не на перехідний вік, а на перші роки життя дитини. У період підліткового віку перетерплюють істотні зміни сімейні відносини.

Одна з головних тенденцій **перехідного віку** — переорієнтація спілкування з батьків, вчителів і взагалі старших на ровесників. Потреба в спілкуванні з однолітками, які не можуть замінити батьки, виникає в дітей досить рано, а з віком підсилюється. Поводження ж підлітків по самій суті своєї є колективно-груповим. Спілкування з однолітками представляє дуже важливий специфічний канал інформації, за яким підлітки дізнаються про багато необхідних речей. Наприклад, провідну частину інформації з питань статі підліток одержує від однолітків.

Для юнацького віку включно характерно бурхливий фізичний і психічний розвиток з неврівноваженістю і чутливістю психічних функцій, прагненням до самостійності і незалежності; психічний розвиток дитини залежить від сукупного впливу двох факторів: біологічного дозрівання організму і взаємодії із соціальним середовищем.

Для зрілого (середнього) віку — найбільший розвиток індивідуальних фізичних і психічних здібностей.

Для літнє і старечого — поступове зниження творчих можливостей, засвоєння нового, зростання інертності психічних реакцій, консерватизму; іпохондричного занепокоєння за своє здоров'я.

Провідним джерелом психогенії і дезадаптації в підлітків є родина. Це може відбуватися з багатьох причин. По-перше, велика залежність дитини від родини. У родині задовольняється значна частина його потреб, у тому числі і побутовий-побутову-побутове-побутова-матеріально-побутові, потреби в емоційній підтримці, любові, симпатії. Незадоволення їх у родині породжує нервово-психічну напругу, тривогу.

По-друге, велика роль родини в здійсненні соціального контролю за поведінкою підлітка. У підлітковому віці ряд психічних механізмів, необхідних для самостійного поведіння як дорослий член суспільства знаходиться в стадії формування. Нездатність родини виконати цю функцію веде як до порушення його поведінки, так і порушенням у розвитку особистості.

У третіх, підліток вступає в етап інтенсивного оволодіння соціальними ролями дорослої людини, розширюється коло його спілкування, зростає зв'язок з неформальними групами. Усе це відбувається в умовах бурхливих фізіологічних, психологічних і соціальних змін організму й особистості підлітка. Саме в цей період підліток має потребу в направляючій і консультуючій допомозі родини. Нездатність родини справитися з цією задачею ставить дитини у важке й уразливе положення, обумовлюючи дезорієнтацію в соціальній дійсності, обеззброюючи його перед особою різних труднощів і протиріч. Безсумнівно, одним з основних етіологічних факторів соціальної природи є неправильне виховання в родині.

Діти, що виховуються в будинках дитини і дитячих шкіл-інтернатів страждають порушеннями емоційного реагування, зі зниженням афективної реактивності, монотонністю, недостатньою емоційною жвавістю. Вона формується в дітей, що знаходяться в умовах депривації (сирітство) з народження, з перших місяців життя, у виді затримки формування емоційних

функцій, а потім у виді емоційної недостатності. З віком розвивається поступове поглиблення емоційного дефіциту у всіх дітей, незалежно від рівня затримки розумового розвитку. Відзначається захололість, («смутисть»), у тому числі і прийнятих дитиною в спокої поз («згорнувши калачиком»). У всіх дітей раннього і дошкільного віку є нерівномірне відставання у формуванні моторних навичок у вигляді загальної затримки рухового розвитку, що протікає стрибкоподібно. Більш виражена затримка розвитку моторики спостерігається на першому році життя. З 11-12 місяців, відзначається посилений розвиток моторики. У дітей дошкільного віку відзначаються неспритні рухи рук, незручність загальної і недостатня диференційованість дрібної моторики, тому тонкі маніпуляції пальцями рук утруднені і відставали в розвитку. У більшості дітей звичні дії, з віком втрачають власне замислу, в умовах депривації, роль та набувають характер патологічних звичних дій, патологічних потягів, що виникають на тлі відставання моторних функцій. Компенсаторні (деприваційні) рухові стереотипії і звички (ссання, розглядання пальчиків рук і ін.) починаються з дитинства й особливо виражені на першому році життя, у період першого вікового кризу, скорочувалися до дошкільного віку. Серед порушень на першому місці відставання сенсорного розвитку (пізня фіксація погляду — після 5-6 мес.), на другому — предметного (гра спостерігалася після 11-12 мес.), на третьому — мовного. Із шести місяців у дітей виявляється помітне відставання використання експресивної мови (відсутність гуління, белькоту). До півтора років діти не розуміють понять «дай», «візьми». Іноді відзначається стан «псевдонімоти», при якій «діти не видають ні звуку». Однак пасивна мова в них зберігається. При стимуляції виникають і голосові і жестові реакції (невербальна мова). У більшості дітей низька інтелектуальна працездатність, підвищена пересиченість і потреба в зміні вражень (нові іграшки), швидке вгасання інтересу, при зникненні об'єкта з поля зору дитини. Затримка формування розуміння форми, кольору, величини предмета.

Формування комунікативних функцій також змінено. Контакт із дорослим утруднений з дитинства й у більш старшому віці 1.5-4 року). Діти спонтанно не звертають уваги на навколишнім. У той же час при стимуляції нерідко встановлюють зоровий контакт із дорослим, стежать очима за його діями, не вступаючи з ним у тактильний контакт. Загальна риса цих дітей — «активне життя око при руховій пасивності». Найбільшою стимулюючою взаємодією з дитиною є тактильний контакт, при якому діти як би оживають, з'являється адекватна міміка, діти стають більш активними і залучаються до комунікацій. Звертає на себе увага реакція на «своїх» і «чужих» дорослих. Це виявляється в індіферентності і байдужості до чужих, відсутнє адекватне почуттясторожкості і страху до них, не відзначається і дізнання «своїх» з навколишнього персоналу. В ігрових маніпуляціях спостерігається одноманітність, переважають стереотипні, властиві більш ранньому вікові дії з іграшками. У дитинстві діти не шукають заховані іграшки, спокійно випускають них з рук. У формуванні ігрових ситуацій виступає пасивність і

подлегливість, швидка висохлість спонукальних мотивів з переходом на використання замісних звичок у поводженні. У віці 2.5-4 року діти дуже мовчазні і навіть в іграх не користуються мовним супроводом. Руху частіше мляві, відзначається виражена стомлюваність.

З несприятливих умов медичних установ із тривалим перебуванням дітей (будинки крихітки, тижневі ясла, лікарні і різні медичні установи для дорослих) можемо привести наступні: бідний психічний клімат у середовищі, недолік людської уваги до дитини і до хворого, недолік емоційного прояву з боку персоналу. Ці впливи викликають, особливо в дітей, так названу емоційну недостатність, залишають їх пасивними, не розвивають у них потрібних навичок, спритності і розумових здібностей.

З емоційної сторони дитина реагує: а) депресією, пригніченістю і плачем; б) гучним злісним протестом, біганиною, пошуками матері; в) аутизмом, замкнутістю: тихо грає, «не довідається» мати, що його відвідає, що можна розглядати, як підсвідоме витиснення — захист перед емоційними потрясіннями або як несвідому спробу «покарати» мати за те, що вона його залишила; г) невідповідна адаптація до середовища установи: дитина починає до всього відноситися як споживач, використовує найбільш приємні сторони навколишнього середовища, намагається звернути на себе увагу персоналу і сподобатися йому, уникає повернення в родину і школу; д) отупілість, що іноді має виражені моторні прояви регресивного характеру: монотонні, стереотипні кивальні рухи, ссання пальців, неартикульовані звуки й інші прояви подібної активності, невідповідні віковій дитини.

Проблеми сучасної родини. Першопричини порушень у родині.

Взаємини в сучасній родині прямо або побічно зв'язані з її спільною діяльністю. Тому так велика роль соціально-психологічних факторів у взаємній адаптації чоловіка і жінки і їхньої сумісності. Гармонійність особистісних відносин і правильне поводження в шлюбі сприяють становленню і розвитку гармонічних сексуальних відносин. Міцність подружнього союзу значною мірою визначається кількістю загальних якостей особистості чоловіка і жінки. Важливу роль у збереженні родини грає характер спілкування чоловіка і жінки. Тільки в процесі спілкування досягається взаєморозуміння, гармонія взаємин, злагодженість при виконанні будь-якої роботи, зростає здатність угадувати, передбачати поводження один одного в різних обставинах, у тому числі в сімейно-шлюбних відносинах. Якщо цей процес порушений. Неминуче виникнення подружніх конфліктів. Причиною порушення соціально-психологічного компонента сексуальної гармонії може бути розбіжність потреб, що обумовлені як біологічними, так і соціальними факторами. Існують потреби соціально-психологічні (потреба в спілкуванні, діяльності), фізіологічні (полова, харчові, потреба самозбереження, одержання приємних відчуттів), соціальні (професійний престиж, культура, утворення, естетичні потреби, потреба в самоствердженні, реалізації своїх здібностей, таланта, потреба у творчості), психологічні (впевненість у своїх силах, самостійність, допитливість).

Невідповідність або ігнорування чоловіками потреб один одного викликає незадоволеність сімейним життям і в остаточному підсумку може привести до охолодження, зрадам і розпадові родини. Руйнівні діють на родину і розбіжність ціннісних орієнтацій (включаючи інтелектуальна, емоційна, етична і матеріальні), а також невідповідність рольового поведіння чоловіка і жінки і їхнє відношення до свого подружнього боргу. Погодженість сімейних цінностей і установок щодо розподілу ролей між чоловіками прямо зв'язана з рівнем благополуччя подружніх відносин. Правильне статеворольове поведіння в зрілому віці залежить від психосексуального розвитку і виховання дитини в дитинстві і є найважливішим засобом попередження сексуальної дисгармонії подружніх пар. На гармонійні сімейні відносини впливає мікросоціальне середовище, що особливо помітно в перші роки шлюбу. Кількість дітей у родині - один з маркерів внутрішньородинного благополуччя: чим більше дітей у родині, тим благополучніше її психологічний клімат і взаємовідносини чоловіка і жінки. До подружньої дисгармонії приводить недостатньо серйозний підхід молодих людей до мотивів вступу в шлюб. Майбутній чоловік і жінка повинні розуміти необхідність досить тривалого знайомства, що дозволить їм довідатися про характерологічні риси один одного, спрямованість інтересів, ціннісні орієнтації. Таким чином, першопричинами сімейної дисгармонії є:

1. Соціальний варіант (соціокультурна, дезінформаційно-оцінювальна форми дезадаптації);
2. Психологічний варіант (у формі несумісності особистісних і характерологічних рис, невідповідність сексуальної мотивації, психосексуальним типам чоловіка і жінки, статорольового поведіння);
3. Соціально-психологічний варіант (комунікативна форма, форми психологічної, сексуальної і сполученої аверсії);
4. Біологічний (анатоомо-фізіологічний) варіант (обумовлений різними захворюваннями чоловіків і жінок, що приводять до зниження або хворобливого підвищення сексуальної функції, невідповідністю полові конституції, дефектом полових органів, сексуальної девіації одного або обох чоловіка і жінки).

Збереження психічного здоров'я людей, змушених жити в будинках-інтернатах для старих багато в чому залежить від середнього медичного персоналу, що проводить з пацієнтами велику частину робочого часу. Встановлення емоційного контакту, теплих, довірчих відносин з людьми похилого віку, турбота й особиста участь в організації і проведенні лікувально-діагностичного процесу. "Необґрунтоване" дотримання постільного режиму, відмовлення вставати з постелі можуть бути сполучені з багатьма причинами: зі своєрідною несамостійністю, схильністю до пасивності, регресією. Лежання в ліжку має ще одну сторону: у ньому знаходять вираження агресивність, настроєність проти лікування, видужання. Постіль може з'явитися для хворого і місцем відключення від зовнішнього світу. Таким чином, для людей змушених жити в будинках-інтернатах, необхідно створювати умови, наближені до домашнього: уважне і

щиросердечне відношення медперсоналу, затишок і домашня обстановка, сприяти міжособистісному спілкуванню, прогулянкам на свіжому повітрі, проведення культурно-дозвільних заходів, перегляд телевізійних передач.

Госпіталізм (лат. *hospitalis* - гостинний; госпіталь - лікувальна установа) - у буквальному значенні, сукупність психічних і соматичних розладів, обумовлених тривалим перебуванням людини в лікарняному стаціонарі у відриві від близьких людей і будинку, характеризується соціальною дезадаптацій, втратою інтересу до праці і трудових навичок, зменшенням і погіршенням контактів з навколишніми, тенденцією до хроніфікації захворювання. У дітей він виявляється більш виражено в зв'язку з їх психічної і вегетативно-соматичною незрілістю і невірноваженістю.

Профілактика госпіталізму. Полягає в першу чергу в тім, щоб дитина, наскільки це дозволяє його вік і стан здоров'я, був «завойований» для допомоги при його обстеженні і лікуванні. Йому повинний бути пояснений режим дня і його місце в житті відділення, щоб дитина була в потрібній мірі зайнята грою, роботою, рухом і реабілітацією, щоб зміни відбувалися й у лежачих дітей (наприклад, перенос їхній на веранду, у сад), -а насамперед у тім, щоб перебування в лікувальній установі було як можна більш коротким. І дійсних умовах особливо важко виховати позитивне емоційне відношення в медичних сестер і працівників установи до дітей у першу чергу тому, що кількість дітей, що бідують у відході, занадто велика і сестри чергуються при змінах, розвиток відносин не може мати природний, плавний, поступовий характер. У наявним на сьогоднішній день умовах, необхідно вести всіх працівників дитячих установ до того, щоб вони при поточній роботі використовували кожен випадок погладити дитину по голові, посміхнутися їй, сказати кілька ласкавих слів, особливо дитині, яка боязка, залякана, мовчазна і похмура. Діти цього типу своїм власним поведінням скоріше придушують позитивне емоційне відношення до них навколишніх, а внаслідок, ще більше страждають і замикаються самі, у результаті чого виникає типове порочне коло негативних або бідних емоційних взаємин дитини з навколишнім середовищем. Навпаки, живі, веселі і симпатичні діти, що, власне і не вимагають багато емоційної турботи, притягають сестер і лікарів і стають «улюбленцями відділення», що викликає в інших дітей почуття власної неповноцінності і безпомічну заздрість.

З гігієнічної сторони турбота про хворих у наших установах знаходиться, загалом, на дуже високому рівні, так що в цій області з умовами госпіталізму ми будемо зустрічатися тільки у виді виключення. Також і інтелектуальний розвиток дітей постійно усе краще забезпечується шляхом організації шкіл прямо в лікарнях.

Госпіталізм може уражати і дорослих, особливо хворих літнього віку, що знаходяться повторно і протягом тривалих періодів у лікарняному середовищі в зв'язку з хронічними захворюваннями. Це зв'язано з підвищенням середньої тривалості життя і з недостатньою кількістю місць в установах соціального забезпечення, що при гарному керівництві надають усе-таки більше емоційної і психічної стимуляції, чим лікарні. Але і там відсутні

стимули звичайного життя і те, що в життя старих людей приносить шум і рух молодого покоління. Якщо старий або хронічно хвора людина протягом тривалого часу знаходиться в лікарні, його життя там і саме захворювання стають «стилем життя», він відвикає від життя в власній оселі і прикладає значні зусилля, щоб знову повернутися в лікарню. Серед більш молодих хворих велику тенденцію до госпіталізму виявляють невротики, деякі психопати і, особливо, вилікувані психотичні хворі, яких лікарня захищає від життєвих потрясінь і ударів.

Моральні проблеми старіння. Вплив смерті близької людини на психологічне здоров'я родичів. У лікувальних установах більшість пацієнтів літнього віку мають потребу в особливій увазі медперсоналу. Старіння організму розвивається непомітно для людини. Зміна зовнішнього вигляду, поява зморшок, зниження м'язового тонусу, тургору шкіри, зміна гормонального статусу організму веде до коливань настрою, незадоволеності зовнішнім виглядом. Люди похилого віку вимагають до себе підвищеної уваги з боку навколишніх, мають потребу в турботі й опіці. Немаловажним фактором є дефіцит спілкування, особливо в самотніх людей похилого віку. Найчастіше медичний персонал і безпосередньо лікарняні установи є засобом комунікації для цього контингенту хворих.

Танатологія (греч. *thanatos* смерть + *logos* навчання) — навчання про закономірності умирання й обумовлених ними змінах в органах і тканинах. Вивчає динаміку і механізми умирання, безпосередні причини смерті, клінічні, біохімічні і морфологічні прояви поступового припинення життєдіяльності організму

Термін танатологія в побут медичної і біологічної науки був уведений за пропозицією І.І. Мечникова. Інтерес до проблем танатології помітно оживився в останні десятиліття з кількох причин. Насамперед, у зв'язку з розвитком реаніматології. Психіатричні і психологічні аспекти проблеми "оживленого організму" в осіб, які перенесли клінічну смерть, термінальні й інші раптово розвинені і небезпечні для життя стани викликали бурхливе обговорення етичних проблем, а перед психіатрами і невропатологами поставили проблему лікування, реабілітації і відновлення психічної діяльності в осіб з постреанімаційною хворобою.

Смерть в усі століття й у всіх народів несла відбиток таємничості і містичності. Непередбачуваність, неминучість, несподіванка і часом незначність причин, що приводять до смерті, виводили саме поняття смерті за межі людського сприйняття, перетворювали смерть у божественну кару за гріховне існування або в божественний дарунок, після якого людини очікує вічне і щасливе життя.

З 1959 року, коли реаніматологи вперше описали стан "смерті мозку", що виникає в процесі реанімації, не припиняються дискусії про нову концепцію смерті, відповідно до якої смерть людини ототожнюється зі смертю його головного мозку. Особливу актуальність придбала ця тема з 1967 року після першого пересадження серця, тому що більшість донорів для трансплантації органів - це пацієнти з загиблим мозком. Трансплантологія

виявилася в центрі уваги танатологічних, етико-правових, соціальних і філософських питань, що не мали однозначної відповіді й у різних країнах трактувалися по-різному.

У підсумку, на рубежі 60-70 років виникла біоетика. Фахівці в цій вирішують з етичних і правових позицій численні проблемні ситуації, що виникають у клінічній практиці (медичне втручання в репродукцію людини, допустимість медико-генетичного контролю, трансплантація органів, клонування людини і т.п.).

Другою причиною поживлення інтересу до проблем танатології з'явилося дослідження американського доктора філософії, психолога і лікаря Раймонда Моуди, опубліковані в його книзі "Життя після життя. Дослідження феномена продовження життя після смерті тіла" (1991), у якій він підняв фундаментальні проблеми людинознавства.

І, нарешті, питання танатології стали активні вивчатися в зв'язку з проблемою еутаназії.

Смерть являє собою необоротне припинення життєдіяльності організму, неминучий природний кінець існування всякої живої істоти. Саме так визначає це поняття сучасна наука. Неоднозначність цього визначення очевидна хоча б тому, що виділяють кілька видів смерті. Існує смерть клінічна і смерть біологічна або щира, смерть соціальна і смерть мозку. Сам по собі факт неоднозначності поняття смерті ставить перед лікарями надзвичайно складні етичні, філософські, економічні і правові проблеми, зв'язані з констатацією смерті, обсягом реанімаційних заходів, еутаназією і ухваленням рішення про продовження або припинення надання медичної допомоги.

Психологічні аспекти танатології виводять на перший план ділему говорити смертельно хворому про його чи діагноз ні. В даний час більшість лікарів погоджується з тим, що усі залежить від психологічних особливостей, життєвих цінностей і системи значимості хворого.

У будь-якому випадку повідомлення смертельній недугі є для будь-якої людини психотравмуючим, позбавляє його надії, а от справитися людина з такою чи звісткою ні, залежить від його особистісних особливостей.

Тенденція «говорити правду» підтримується працівниками онкологічних стаціонарів, де хворі все рівно здогадуються, в якому відділенні вони знаходяться, зрозуміють по ходу лікування, про яке захворювання мова йде. Тим, що лікування буває успішним, можна послабити психотравматизуючий характер повідомлення про злорякисний процес.

Якщо лікар не вирішується повідомити дійсний діагноз, то він має можливість говорити про хвороби з аналогічними симптомами і з хронічним перебігом.

Сучасне промислове суспільство стихійне створює в людях споживче відношення до життєвих цінностей, чого не уникає і наша суспільна система, заснована на більш широкому задоволенні матеріальних і інших різних потреб. З'являються визначені норми, яких повинний домагатися громадянин і визначеній соціальній групі; можна говорити про «обов'язковий стандарт».

Йому пропонуються визначені споживчі ідеали (автомобіль, тип відпустки), а також і особисті ідеали: краса, сексуальна привабливість, спортивні здібності. У людей таким шляхом створюється розуміння «права на життя», відчуття необмеженого права споживати життя. Думка про смерть і про невідворотний кінець відступає в тінь соціальних і психологічних процесів; тут можна застосувати фразу: «забув про це, як про смерть». Сигнали про несподівану смерть або про смертельне захворювання людей, що знаходяться в стані «повного здоров'я» діють на цей непідготовлений ґрунт, як приголомшуючі удари. При цьому людям вселяють думки про майже необмежені можливості науки, так що особисте розчарування в цьому напрямку буде ще більш глибоким. Подовження людського життя не приносить відповідного поліпшення здоров'я в старшому віці, прожитому пасивно в період одержання пенсії за віком.

Медична допомога, що робиться особам літнього віку, носить здебільшого підтримуючий характер, що віддаляє, часто надовго, неминучий кінець. При цьому люди, не зайняті на роботі або активно що не беруть участь в іншій діяльності, природно, часто повертаються до думки про те, що загрожує їхньому здоров'ю і життю.

Релігійні переконання, що є глибоко віруючою складовою частиною життєвого стилю, викликають у людей визначені «психічні антитіла» проти несподіваного страху перед хворобою і смертю. Культ страждання і смерті в обрядах і молитвах («*Memento mori* — помни про смерть») створює з думки про смерть, про хворобу і страждання складову частину психічної зброї людини; страждання стає заслугою, що буде в загробному житті справедливо оцінена.

Багаторічний рівень спостереження і роботи як психотерапевта з важкохворими і досвід тренувальних семінарів з лікарями, медсестрами дозволили Елізабет Кюрбер-Росс зробити висновок, що психічний стан, що занедужав смертельною недугою нестабільно і проходить 5 стадій:

1-а стадія заперечення і неприйняття трагічного факту. Домінуючими в цей період є висловлення "тільки не я", "не може цього бути", "це не рак" і т.п. у хворого росте тривога і напруга, страх перед майбутнім. Своєрідним психологічним захистом є заперечення фатального захворювання, активне обстеження в різних фахівців із застосуванням новітніх параклінічних методів діагностики. Хворий вважає встановлений діагноз помилковим, відбувається психологічна підміна діагнозу на захворювання, що не тягне за собою фатальних наслідків.

Інша група пацієнтів, довідавшись про смертельну недугу, поводить по-іншому: вони стають байдужими, приреченими, бездіяльними. Потім починають говорити про швидке видужання. Цей своєрідний психологічний захист знижує болісну тривогу і напругу. Однак уже на першій стадії психотерапевти відзначають, що в сновидіннях цих пацієнтів присутній символіка, що вказує на смертельну недугу (наприклад, образ темного тунелю з дверима наприкінці).

2-я стадія протесту. Коли перше потрясіння проходить, багаторазові дослідження підтверджують діагноз, виникають почуття протесту і обурення. "Чому саме я?", "чому інші будуть жити, а я повинний умерти?", "чому так незабаром, адже в мене ще так багато справ?" і т.п. Як правило, ця стадія неминуча, вона дуже важка для хворого і його родичів. У цей період хворий часто звертається до лікаря з питанням про час, що йому залишилося прожити. У нього прогресують симптоми реактивної депресії, можливі суїцидальні думки і дії. На цьому етапі пацієнтові необхідна допомога кваліфікованого психолога, що володіє логотерапією, дуже важлива допомога членів родини.

3-я прохання про відстрочку. У цей період відбувається прийняття істини і того, що відбувається, але "не зараз, ще небагато". Багато хто, навіть раніше не віруючі пацієнти, звертаються зі своїми думками і проханнями до Бога. Приходять зачатки віри.

Перші три стадії складають періоди кризи.

4-я стадія - реактивна депресія, що, як правило, сполучається з почуттям провини й образи, жалості і горя. Хворий розуміє, що він умирає. У цей період він уболіває про свої дурні вчинки, про заподіяному іншим засмученні і злі. Але він уже готовий прийняти смерть, він спокійний, він покінчив із земними турботами і поглибився в себе.

5-я стадія - прийняття власної смерті. Людина знаходить світ і спокій. З прийняттям думки про близьку смерть хворої втрачає інтерес до навколишнього, він внутрішньо зосереджений і поглинений своїми думками, готуючись до неминучого.

«Підготовка до смерті», тобто підготовка до власної смерті і до можливості несподіваної смерті або раптового смертельного захворювання близьких осіб, мабуть, повинна була б стати елементом психічної гігієни людини.

Можна припускати, що більшість хворих умирає спокійною смертю, якщо вони не цілком усвідомлюють свій стан. Через те, що умираючий буває значно виснажений фізично і психічно, як правило, він не здатний усвідомлювати про свою найближчу перспективу. Часто хворий знаходиться в сонному стані, у несвідомому стані або в коматозному. Якщо він стурбований, тривожиться і говорить про смерті, то це, звичайно, є додатковою ознакою самого захворювання, а не об'єктивним відчуттям власного стану, хоча тут і може відігравати визначену роль не цілком свідомо реєстрація зникнення фізичних і психічних сил, якимось «почуття страху смерті». Така «смертельна тривога», однак, не є відмінковим відображенням фактичної фізичної небезпеки. Відомо, що такий вид страху випробують також особи, яким смерть реально не загрожує.

Умираючий хворий представляє психологічну проблему, імовірно, скоріше для свого оточення, для інших хворих. Ми прагнемо полегшити хворому умирання, наприклад, тактовним поведінням; ідучи, розстаємося з ним зі словами: «До завтра»; дозволяємо більш часті відвідування родичів і друзів, попередивши них, щоб вони зайво не турбували хворого. Умираючого

хворого поміщаємо і таке місце, щоб його стан психічно не травмував інших хворих.

ЧАСТИНА 3. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ, ЯК ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ.

РОЗДІЛ 3.1 НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ. ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Видатний німецький філософ Артур Шопенгауер, розмірковуючи про цінність здоров'я для кожної людини зазначив наступне: «Здоров'я до того переважає всі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак щасливіший хворого короля». Безумовно, не погодитися із мислителем вкрай важко, адже лише за умови наявності здоров'я у особистості, можливий її розвиток, реалізація в соціумі та гармонійне життя протягом багатьох років.

Що ж таке здоров'я? За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (World Health Organization (WHO)), **здоров'я** – це "стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад".

Таке визначення поняття “здоров'я” , на нашу думку, є найбільш чітким, зрозумілим, повним і вміщує, біологічні, соціальні та психологічні аспекти даної проблеми.

Виділяють **три рівні** опису цінності “здоров'я”:

- 1) **біологічний** – початкове здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації;
- 2) **соціальний** – здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності, відношення людського індивіда до світу;
- 3) **особливий психологічний** – здоров'я є не відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини).

Таким чином, *здоров'я розглядається як інтегративна характеристика особистості*, що охоплює як її внутрішній світ, так і всі своєрідність взаємин з оточенням і включає в себе фізичний, психічний, соціальний і духовний аспекти. Здоров'я - це стан рівноваги, балансу між адаптаційними можливостями людини і мінливими умовами середовища.

Психічне здоров'я, разом із фізіологічним, входить до загального здоров'я.

Як відомо, **психіка** — сфера мислення, почуттів та емоцій, інтеграція цих окремих автономних систем у цілісну особистість. Тож, **психічне здоров'я** – це відносно стійкий стан організму й особистості, що дозволяє їй усвідомлено, з огляду на свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі. Крім того, психічне здоров'я - це відсутність хвороб і патологічних змін у головному мозку людини (що, однак, не виключає можливості виникнення в екстремальних умовах морально-етичних і

соціально-психологічних реакцій які виходять за межі загальноприйнятої норми, але не мають потреби у застосуванні медичних засобів).

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини (збудливість, емоційність, чутливість). Психічне здоров'я пов'язане з особливостями мислення, характеру, здібностей, що обумовлює особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації, вірогідність стресів та можливості розвитку патологічних станів (розлад свідомості, зміни настрою, апатія, афективні стани, тривожність). Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів.

Психічне здоров'я, як і здоров'я в цілому, характеризується не тільки відсутністю психічних або психосоматичних захворювань, а й нормальним розвитком психіки, якщо мова йде про його вікові особливості, а також сприятливим функціональним станом.

Критеріями психічного здоров'я (за визначенням експертів ВООЗ) є:

- Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»;
- Почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- Критичність до себе і своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;
- Відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям;
- Здатність самоврядування поведінки відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- Здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати це;
- Здатність змінювати поведінку залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

У сучасному понятті психічного здоров'я підкреслюється, що для нього характерна індивідуальна динамічна сукупність психічних властивостей **конкретної людини**, яка дозволяє останній адекватно своєму віку, статі, соціальному положенню пізнавати навколишню дійсність, адаптуватися до неї і виконувати свої біологічні та соціальні функції відповідно до виникаючих особистих і суспільних інтересів, потреб, загальноприйнятої моралі.

Починаючи з 1992 року, Всесвітній день психічного здоров'я відзначається 10 жовтня.

З часів Гіппократа лікарі намагалися визначити, що таке хвороба та які ознаки відрізнять її від здоров'я.

За даними статистики приблизно 1% населення земної кулі хворі на шизофренію, 3-5% - мають розумову відсталість, близько 5% страждають депресією. Ще більше хворих невротизмом, розладами особистості (психопатією), алкоголізмом і наркоманією. Причому спостерігається неухильне зростання числа осіб з психічними розладами, головним чином, за рахунок алкоголізму, наркоманії, невротичних порушень і депресії. Прогноз на найближчі роки в цьому відношенні не втішний.

Можна виділити три головних типи реакції хворого на своє захворювання: стенічна, астенічна і раціональна. За активної життєвої позиції хворого до лікування та обстеження говорять про стенічну реакцію. Схильність до песимізму, помисливості, але більш легким пристосуванням до захворювання - астенічна реакція. Раціональна - реальна оцінка ситуації і раціональний відхід від фрустрації.

РОЗДІЛ 3.2 ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я. ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я. ГІГІЄНА СТАТЕВИХ ВІДНОСИН, ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.

На сьогоднішній день проблема психічного здоров'я у сучасному суспільстві постає актуальною. Актуальність обумовлена безліччю факторів. Так, перейшовши межу ХХІ століття, людство досягло небувалих висот у науково-технічній сфері, промисловій, медичній (фармакологічній). Але одночасно з цим людство втратило своє воістину «людське» обличчя. Сучасна ситуація в Україні продовжує свідчити про безліч невирішених проблем соціального характеру: соціальне розшарування на тлі економічної кризи останніх років, широке поширення алкоголізму та наркоманії, поширення девіантної поведінки серед молоді, екстремізму і багато іншого. Все більше підвищується рівень психічно хворих людей у суспільстві. Урбанізація, прискорення темпу життя, інформаційні перевантаження, підсилюють нервову напругу, що найчастіше сприяють виникненню та розвитку нервово-психічної патології. Нормою стає синдром «емоційного вигорання» на роботі. Отже, важливість питань психічного здоров'я незаперечна.

Здоров'я (визначення ВООЗ) – це не тільки відсутність хвороби чи фізичних дефектів, але й повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя.

Психічне здоров'я – відносно стійкий стан організму і особистості, що дозволяє людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні і соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі.

Психічне здоров'я - це відсутність хвороб і патологічних змін в головному мозку людини, однак це не виключає виникнення в екстремальних умовах морально-етичних та соціально-психологічних реакцій, які виходять за межі загальноприйнятих норм, але не потребують засобів медичного характеру.

Загальні критерії психічного здоров'я:

1. Усвідомлення і відчуття безперервності, сталості та ідентичності свого «Я».
2. Усвідомлення і відчуття безперервності, сталості та ідентичності своїх переживань в однотипних ситуаціях.
3. Критичне ставлення до себе і результатами своєї психічної діяльності.
4. Відповідність психічних реакцій силі і частоті вплив середовища, соціальних обставин і ситуацій.
5. Здатність самоврядування поведінкою відповідно до соціальними нормами, громадськими правилами і законами.

6. Здатність планувати свою життєдіяльність і реалізувати свої плани.
7. Здатність змінювати свою поведінку в залежності від життєвих ситуацій і обставин.

Досить складно провести чітку межу між психічним здоров'ям та психічним розладом, якщо воно клінічно явно не проявляється. Прикордонна смуга, що пролягає між ними і, в той же час, що з'єднує їх один з одним, досить широка, а межі, що відокремлюють хворобу від здоров'я, є нестійкими і невизначеними. За даними деяких авторів, психічні розлади визначені у 20 – 26%, прикордонний стан – у 40 – 62%, вільними від будь-яких порушень було 13 – 35% обстежених людей. Психічне здоров'я – це стан рівноваги між людиною і зовнішнім світом, адекватність його реакцій на соціальне середовище, а також на фізичні, біологічні і психічні впливи, відповідність нервових реакцій силі і частоті зовнішніх подразників, гармонія між людиною та оточуючими людьми, узгодженість уявлень про об'єктивну реальність даної людини з уявленнями інших людей, критичний підхід до будь-яких обставин життя.

Виділяються такі рівні психічного здоров'я:

- Еталонне здоров'я (ідеальне) – повна адаптація індивіда, гармонійний розвиток, позитивно представлені всі критерії психічного здоров'я, не проглядається ймовірність психічних розладів.
- Середньостатистичний рівень – стан показників психіки відповідає популяційним з урахуванням статі, віку, соціального стану, соціокультурних умов та іншого. На цьому рівні є ймовірність розладів поведінки і психіки (кризи індивідуального розвитку).
- Конституціональний рівень – пов'язаний з типологіями будов психіки та тіла. На цьому рівні існує група ризику по причині статури.
- Рівень акцентуацій – загострення особистісних рис характеру. В результаті цього людина робиться вразливою.
- Передхвороба – наявність окремих симптомів психічного розладу.

Людина здорової психіки – це насамперед людина вихована, соціально добре адаптована, не здійснює дій, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам поведінки, отже, необхідно приділяти велике значення збереженню і зміцненню психічного здоров'я нації. Збереження забезпечується діями по двом напрямкам: профілактичний – розвиток стресостійкості (готовності до можливих змін, що порушує рівновагу); реабілітаційному – відновлення рівноваги, працездатності або ресурсного потенціалу.

Нижче представлені основні шляхи вирішення даної проблеми:

- ✓ Велике значення в збереженні психічного здоров'я має правильна організація виховання дитини. Різнобічний розвиток, постійний контроль за станом здоров'я, своєчасна корекція виниклих змін забезпечують нормальний психічний статус дитини.
- ✓ Основою збереження і примноження психічного здоров'я людини є здоровий спосіб життя: формування оптимального режиму розумової та трудової діяльності, підтримання душевного спокою

і благополуччя. Необхідно відмовитися від тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв. Слід навчитися контролювати свої емоції і протистояти стресогенним навантаженням.

- ✓ Необхідно пам'ятати про те, що однаково шкідливі будь-які крайнощі в регуляції емоційних проявів. Неприпустимі безконтрольні емоційні стани, що викликають конфліктні ситуації і дезорганізацію особистості, сильно погіршують загальний стан здоров'я і призводять до появи психічних розладів.
- ✓ У той же час спроби максимального стримування, повного контролю за будь-якими емоціями можуть призвести до серйозних негативних наслідків.
- ✓ Слід завжди пам'ятати, що гормональні зміни організму, що виникають при будь-якому емоційному переживанні, в кінцевому рахунку все одно призведуть до психічної розрядки.
- ✓ Дуже важливим є наявність максимальної інформації про ситуацію, що в даний час переживається. Необхідно навчитися розрізняти причини і наслідки виниклого стану.
- ✓ При виникненні фрустрації слід терміново вирішити проблему, яка призвела до цього стану. Можна переглянути потребу, що викликала її, або змінити шлях досягнення мети.
- ✓ Афекти легше запобігти своєчасним зняттям емоційного напруження. Афект, що розгорнувся, зупинити практично неможливо.
- ✓ Для усунення поганого настрою слід згадати його причину, переосмислити її чи усунути фактор, що впливає.
- ✓ Найбільш важко регуляції піддаються почуття. Слід знати, що впливати на них можна тільки через "потенціал" задоволення потреби. Чим вище цей потенціал, тим більше сильні почуття відчуває людина і навпаки.
- ✓ Ефективними методами усунення негативних емоцій є колективні співпереживання, активна допомога в переосмисленні та переоцінці виниклої ситуації, перенесення уваги на життєво важливі потреби. Приватними прийомами і засобами можуть виступати фізичне навантаження, трудова діяльність, спілкування, хобі, музика, література й інші.

Розглянемо формальні особливості поняття психічного здоров'я. Аналіз доступної нам зарубіжної й вітчизняної наукової літератури дає змогу констатувати, що автори використовують різні терміни для позначення цього поняття: «психічне здоров'я», «душевне здоров'я», «психологічне здоров'я», «особистісне здоров'я». Вживають його в лапках або замінюють іншими поняттями: «повноцінне функціонування», психологічне «благополуччя» тощо.

Когнітивна психотерапевтична традиція трактує психічне здоров'я як «процес адекватної інтерпретації й оцінки власного досвіду», що акцентує спосіб відновлення тієї самої цілісності. А прихильники біхевіористської психотерапевтичної традиції, на відміну від гуманістичної, навпаки, формують «цілісність» (адаптованість) індивіда шляхом розв'язання протиріччя між вродженим і набутиим на користь останнього. Тому психічне здоров'я в їхньому розумінні - оволодіння новою поведінкою з метою адаптації до середовища.

Однак, як зазначає, Ч. Райкрофт, психічне здоров'я часто плутають з поняттям норми, однак «здоров'я має стосунок до стану цілісності й інтеграції, тоді як нормальним вважають стан, що відповідає будь-якій нормі, яку автор вибирає як стандарт для порівняння».

Якщо поняття психічне здоров'я є конкретизацією (звуженням щодо сфери психіки) явища здоров'я загалом, то психологічне здоров'я не відповідає цій логіці. Цей термін виник у зв'язку з необхідністю диференціювати стани соматично і психічно здорової людини стосовно її становлення як цілісної особистості, рівня й змісту вищих рухових переживань і процесів смислоутворення. Як слушно зазначає І.В. Дубровіна, психологічне здоров'я найбільш евристично розуміти з погляду повноти і розмаїття розвитку особистості. Безумовно, здоров'я загалом і психічне зокрема є необхідними умовами психологічного здоров'я, але водночас останнє (тобто можливість повноцінно розвиватися) впливає на соматичну і психічну сфери людини. Зазначимо, що саме ця суперечлива єдність констатує, зокрема, весь психосоматичний напрям у сучасній медичній і психологічній науках.

Ще в середині XI століття в Tacuinus Sanitas (таблицях здоров'я) арабського лікаря Абу Ібн Бутлана або в «Каноні лікарської науки» іншого арабського лікаря Авіценни подано настанови щодо збереження здоров'я:

- lumen et aer (світло і повітря);
- cibus et patus (харчування і пиття);
- motus et quies (рух і спокій);
- somnium et vigilia (сон та активність);
- excreta et secreta (обмін речовин);
- affectus animi (емоції).

Поняття «хвороба», «здоров'я», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я» не можна вважати сьогодні концептуально визначеними і однозначними. Хворобу ми розуміємо як дію сукупності руйнівних процесів в організмі людини, наслідком чого є не лише погіршення фізичного самопочуття хворого, а й зміни його особистості, відхилення в емоційно-вольовій та мотиваційній сферах. З огляду на таку позицію, повернення до здоров'я передбачає усунення негативних наслідків хворобливих переживань, небажаних установок, невпевненості у власних силах, тривожності та інших хворобливих і граничних станів. Здоров'я можемо визначити як глобальний психічний стан особистості, для якого характерна

динамічна гармонійність внутрішніх переживань і пов'язані з цим ефективність і успішність діяльності людини.

У психологічних словниках психічне здоров'я найчастіше визначають як «стан душевного благополуччя, для якого характерна відсутність хворобливих психічних виявів і який забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності». Це визначення психічного здоров'я цілком узгоджується з визначенням здоров'я, яке сформулювали експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Здоров'я - стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад».

Загалом психічне здоров'я вивчає така наука, як психогігієна. Тому вчений Х. Менг у статті «Психогігієна і всесвітній рік психічного здоров'я - вчора, сьогодні, завтра», яку він написав до міжнародного року психічного здоров'я за домовленістю між Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і Всесвітньою федерацією психічного здоров'я (ВФПЗ), визначає психогігієну як «науку та практику, яка спрямована на збереження психічного здоров'я кожної окремої людини і суспільства загалом».

Російський дослідник Л.В. Куліков, підтримуючи загалом визначення психічного здоров'я ВООЗ, акцентує увагу на тому, що його (психічне здоров'я) «неможливо визначити без урахування суспільних і групових норм і цінностей, багатьох інших явищ духовного життя людини (певного суспільства, конкретного історичного часу)».

Відомий західний психолог А. Маслоу психічне здоров'я розглядає як наслідок повної задоволеності. Згідно з його поглядами, здорова людина - це щаслива людина, яка живе в гармонії сама із собою, не відчуває внутрішнього розладу тощо. Можливо, тому М. Аргайл пише: «Щастя можна розглядати як усвідомлення своєї задоволеності життям або як частоту та інтенсивність позитивних емоцій».

Психічно здоровим людям, згідно з А. Маслоу, властиво, зокрема: кохати і бути коханим, відсутність підозрілості, відмова від усіх засобів внутрішнього захисту, безмежна довіра в любовних стосунках, взаємна турбота і відповідальність, внутрішня гармонія, життєрадісність тощо.

Цю позицію щодо критеріїв підтримує російський дослідник М.І. Буянов.

На думку С.Д. Максименка, психічне здоров'я потрібно розуміти як аспект здоров'я загалом, який наголошує на етапі душевного комфорту, відсутності патологічних психічних виявів і здатності до ефективної діяльності й саморегуляції відповідно до власних (відрефлексованих) цілей та інтересів людини.

На наш погляд, психічне здоров'я людини - це наявність у її психіці активних і пасивних залежних патернів, що постійно генерують позитивний психоенергетичний потенціал, який забезпечує усвідомлене позитивне сприйняття навколишнього світу, гармонію з ним і з собою, особистісний оптимізм та задоволення від життя.

Коли говоримо про психічне здоров'я людини, то йдеться про людей, у яких нема патології, щодо психічних відхилень то їх або нема, що, фактично, є ідеальним результатом, або вони мають ненормативний (але не аномальний, не ненормальний) характер. Тому психічне здоров'я людини загалом може бути відмінним, хорошим, задовільним і поганим.

Критеріями психічного здоров'я людини є:

- адекватний до віку рівень зрілості пізнавальної, емоційно-почуттєвої та вольової сфер особистості;
- здатність керувати своєю поведінкою;
- здатність вибирати життєві цілі та розумно планувати їхнє досягнення;
- особистісний та соціальний оптимізм;
- задоволення від діяльності, особистого й суспільного життя, спілкування, споглядання картин природи;
- розуміння прекрасного, комічного й трагічного;
- відповідність суб'єктивних образів об'єктам, що їх відображають, а характеру реакції - зовнішнім подразникам;
- здебільшого стабільний позитивний настрій;
- адаптивність у мікросоціальних відносинах;
- відчуття щастя тощо.

Урбанізація як сучасне явище обумовлює глибокі якісні зміни не тільки в житті конкретних населених місць, але впливає на цілі райони й області. З гігієнічної точки зору змішувати поняття «урбанізація» і «бурхливий зріст міст» не можна. Значення міст, як центрів виробництва, науки, культури й утворення росте, і бурхливий ріст міст, технічний прогрес є сьогодні самою помітною ознакою урбанізації. Процеси комунікації й інформації стають важливими критеріями урбанізації. Це означає, що з'являються нові фактори, які необхідно враховувати. Урбанізація, наприклад, обумовлює той факт, що відстані між житловими, робітниками районами і районами рекреації стають усе більше й обтяжливіше для більшості населення, різко зростає щільність забудови і заселення. При цьому спостерігається чітка залежність між формою поселення і частотою психічних порушень. На передньому плані знаходяться неврози і психосоматичні захворювання.

Причини більшості психічних порушень є складними і багатофакторними. Серед них велике значення мають і фактори навколишнього середовища, хоча в даний час їхній рідке визначають кількісно або оцінюють дуже приблизно. Зв'язку психічного здоров'я з умовами навколишнього середовища досліджені явно недостатньо, у результаті чого психіатри дають дуже мало рекомендацій щодо підтримки таких умов середовища, що сприяли б збереженню психічного здоров'я.

Хоча звичайно прийнято в цілому негативно оцінювати вплив міського середовища на психічне здоров'я, аналіз наявних даних щодо розходжень міста і села не виявляє більш високої психічної захворюваності в містах, хоча внутрішня структура і розрізняється

Незважаючи на те, що соціальний стрес у великих містах, безсумнівно, вище, тут є ряд позитивних факторів, що дозволяють компенсувати його несприятливий вплив. Специфічність міських умов позначається в тім, що в містах спостерігається більш висока частота розвитку шизофренії і неврозів, тоді як у сільських районах відносно більше число випадків депресії.

Основними несприятливими факторами міського середовища, що негативно впливають на психічне здоров'я і самопочуття людини, є наступні:

- негативні фізичні і хімічні фактори навколишнього середовища;
- низька якість житла, тіснота і висока щільність заселення;
- надмірно швидкий темп життя (тиск тимчасового фактора);
- підвищена частота соціальних контактів;
- джерела побічної інформації;
- вплив побутових приладів і апаратури (електромагнітні випромінювання);
- утруднена орієнтація в місті;
- порушення персонального простору;
- вплив монотонної архітектури і денатурованого природного середовища міста на емоційний стан людини.

Сучасний етап культурно-історичного розвитку практично у всіх його аспектах психологічно сприймається людьми як переживання кризи, одного з переломних моментів історії. Це виявляється в чеканні екологічної катастрофи, що насувається, перенаселення планети, епідемій невиліковних хвороб, як почуття тривоги, непевності в завтрашньому дні через економічні кризи, поширення локальних військових конфліктів і наростання швидкості змін походження у світі, у цілому. Найважливішою складовою цього переживання є відчуття загального падіння вдач, що виявляє себе й у сфері вищих цінностей, — зокрема, у проблемах, що виникають у зв'язку з порушенням прав людини, у конфліктах усередині традиційних вірувань і між ними, в активізації діяльності різних сект. Переживання кризи, у цілому, зв'язано з апокаліптичними настроями, чеканням кінця світу або прийдешніх негод, депресіями, соціальними відхиленнями.

Роль профорієнтації в збереженні психічного здоров'я. Реалізація сучасних вимог, пропонованих до освітніх установ, значно активізувала розробку наукових і практичних проблем профорієнтації. Можна виділити ряд напрямків, що сприяють рішенню практичних питань професійного самовизначення підростаючого покоління. До них відносяться: система профорієнтації, що озброює учнів необхідними знаннями для орієнтації у світі професій, уміннями об'єктивно оцінювати свої індивідуальні особливості; діагностичні методики вивчення особистості учнів з метою надання індивідуальної допомоги у виборі професії; теоретичні і методичні основи професійної консультації молоді; системний підхід до профорієнтації учнів; суспільно-суспільно-значимі мотиви вибору професії; формування елементів духовної культури в процесі підготовки учнів до свідомого вибору професії.

Мети профорієнтації продиктовані суспільством, його задачами, потребами. Ведучою метою в діяльності вчителя є підготовка молоді до свідомого вибору професії. На основі загальної стратегічної мети і головних задач профорієнтації вчитель ставить перед собою задачу і більш близькі, конкретні цілі: озброєння учнів визначеними знаннями, формування умінь і навичок, розкриття творчих можливостей і потреб, виховання естетичного свідомості, моральності і т.д. У результаті це визначить рівень розвитку особистісних якостей молоді. У залежності від ступеня вихованості учнів їхні мети можуть бути спрямовані на рішення близьких і більш віддалених, як соціально значимих, так і особистих цілей. Діяльність, обмежена постановкою і реалізацією егоїстичних цілей, здобуває споживчий характер, а не творчий, тим самим, обмежуючи розвиток повноцінної особистості.

Своєрідними виявляються результати діяльності педагогів і вихованців у процесі профорієнтації. Продукт діяльності педагога втілюється в психічному вигляді учнів - у їхніх знаннях, уміннях, навичках, рисах особистості, світогляді, духовних потребах. Створення цінностей предметного й ідеального характеру, усвідомлення власного росту (інтелектуального, морального, естетичного, творчого і т.д.), прагнення до більш складної і зробленої діяльності - результат діяльності підлітка. Поняття професійно-важливих ознак. Усе різноманіття психіки, так чи інакше, виявляється в трудовій діяльності людини, але разом з тим ці прояви носять різний характер, що обумовлений специфічними для кожної професії предметами і знаряддями праці, а також і трудовими задачами. Для вивчення цього різноманіття виділення професійно важливих ознак можна проводити за наступним планом; психологічні особливості сенсорної діяльності, і потім, хоча це все невіддільно друг від друга, розглянути увагу, пам'ять, емоційно-вольову сферу й особливості особистості. Сенсорна діяльність у різних видах праці може відрізнятися, насамперед, по навантаженню на той або інший аналізатор зорової, слухової, шкірної, м'язово-суглобний і ін. або комплексі аналізаторів. Наприклад, якщо в настроювача музичних інструментів ведучою є слухової аналізатор, то такі професії, як радист, настроювач радіо і телеапаратури, вимагають поряд із зоровим сприйняттям не в меншому ступені і слухового сприйняття; тонкого розрізнення шумів, розрізнення висоти і тембру звуків і т.д. Є професії, де ведучим аналізатором може бути дотик, це, наприклад, бракувальники полірування, де питання дотику мають велике значення. Є види праці, у яких, досить велику роль грають нюх і смак. Насамперед, це професії зв'язані з дегустацією. А нюх - те деякі види хімічної і нафтопереробної промисловості. Крім аналізатора потрібно мати на увазі особливості характеру самого сприйняття. Цілий ряд професій вимагає тривалого спостереження в широкому сенсорному полі. Ряд професій, навпаки, вимагає різкого звуження полючи сприйняття, але зате протягом тривалого часу. Є професії, у яких велике значення має спостереження за що рухаються і миготять об'єктами. Це повинно бути також враховано, коли ми аналізуємо професію з погляду сприйняття. Професійні особливості розумової діяльності. Мислення є обов'язковим компонентом будь-якої

діяльності, але мислення як професійно важлива ознака, насамперед, виділяють у тих професіях, де приходить оцінювати яку-небудь ситуацію, що вимагає ухвалення визначеного рішення в залежності від даної ситуації і реалізації його у виді якихось адекватних дій.

Стихійні лиха, катастрофи, аварії, застосування супротивником у випадку війни різних видів зброї створюють ситуації, небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення. Ці впливи стають катастрофічними, коли вони приводять до великих руйнувань, викликають смерть, поранення і страждання значного числа людей. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВІЗ) визначає стихійні лиха (катастрофи) як ситуації, що характеризуються непередбаченими серйозними і безпосередніми погрозами суспільному здоров'ю. На людей, що знаходяться в екстремальних умовах, поряд з різними вражаючими факторами діють і психотравмуючих обставини, що представляють собою звичайно комплекс надмірних подразників, що викликають порушення психічної діяльності у виді так званих реактивних (психогенних) станів. Варто підкреслити, що психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози життю людини, але й опосередкованої, зв'язаної з чеканням її реалізації. Можливість виникнення і характер психогенних розладів, їхня частота, виразність, динаміка залежать від багатьох факторів: характеристики екстремальної ситуації (її інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії); готовності окремих людей до діяльності в несприятливих умовах, обумовленої їх індивідуально-типологічними якостями, професійною, психологічною стійкістю, волевим і фізичним загартуванням; організованості і погодженості діяльності в екстремальних умовах; підтримки навколишніх; наявності наочних прикладів мужнього подолання труднощів. Стихійні лиха - катастрофічні ситуації, що виникають у результаті явищ, дій сил природи, що мають надзвичайний характер і приводять до порушення повсякденного укладу життя більш-менш значних груп людей, людським жертвам, знищенню матеріальних цінностей. До стихійних лих відносяться землетруси, повені, цунамі, виверження вулканів, селі, зсуви, обвали, циклони, що супроводжуються ураганами і смерчами, масові лісові і торф'яні пожежі, сніжні замети і лавини. Не без основ відносять до стихійних лих також посухи, епідемії, епізоотії, широке поширення комах-шкідників, гризунів і ін. Деякі з названих стихійних лих (пожежі, обвали, зсуви) можуть виникати в результаті дій самих людей, але наслідки їх завжди є результатом дії сил природи. Для кожного стихійного лиха характерна наявність властивих йому вражаючих факторів, що шкідливо впливають на стан здоров'я людини. Більше всього люди страждають від повеней (40% від загальної втрати), ураганів (20%), землетрусів і посух (по 15%). Близько 10% загального збитку приходить на інші види стихійних лих.

«Політичні» або «Революційні» психози - це пікові сплески розладів психіки, так чи інакше спровокованих політиками або революційними діями.

Такими подіями у світовій історії, наприклад, були убивство американського президента Джона Кеннеді, Карибська криза, трагічна смерть принцеси Діани, події на острові Даманському, культурна революція в Китаєві й ін. З більш наближених до наших днів подій виділяється період перебудови, точніше, рішення Горбачова про руйнування Берлінської стіни, що символізувало руйнування "залізної завіси". «Жовтогаряча революція» в Україні, революція «троянд» у Грузії.

«Ринкові відносини» це руху вперед за будь-яку ціну, через стреси і ризик, через повну самовіддачу в ім'я одержання відчутних, конкретних і сію хвилинних благ жадає від людини усе великих витрат, часто перевищуючих його індивідуальні, особистісні і фізіологічні ресурси, а, отже, приводить до реальних погроз для психічного і фізичного здоров'я. Підтвердженням цього є постійно зростаюча кількість публікацій, присвячених стресові в професійному середовищі. Аналізуючи дослідження в цій області, можна помітити, що центр уваги психологів зміщався від опису стрес-факторів і їхнього впливу на організм на початку розвитку психології стресу, проходячи через етапи пошуку ефективних стратегій подолання стресових ситуацій і концентруючи сьогодні на створенні методів ранньої профілактики стресу, що могли б дозволити знизити витрати особистості на його подолання. Вимір стресостійкості особистості займає одне з центральних місць у діагностиці психічних ресурсів, постійно збільшується число досліджень, присвячених раціональним стратегіям подолання стресових ситуацій, тобто мова йде про те, щоб навчити людини ефективно функціонувати в ситуаціях постійно зростаючих вимог середовища і не платити при цьому занадто високу ціну за свій життєвий успіх, а, отже, як можна довше користуватися своїм здоров'ям. Можливо, що саме в цьому аспекті може наступити згода між положеннями біхевіоризму, заснованого на філософії прагматизму, і вічним пошуком внутрішнього змісту людського буття, властивим європейської й особливо росіянки культурі, оскільки саме здоров'я людини протягом усього його життя є головною умовою успішного розвитку і функціонування в соціальному середовищі.

Психіка бездомних дітей і «бомжів» характеризується з однієї сторони рівнем соціальної дезадаптації, сімейної, особистісної, а з іншої сторони рівневі субадаптації до того середовища в якій вони знаходяться.

На сьогоднішній день проблема психічного здоров'я у сучасному суспільстві постає актуальною. Актуальність обумовлена безліччю факторів. Так, перейшовши межу ХХІ століття, людство досягло небувалих висот у науково-технічній сфері, промисловій, медичній (фармакологічній). Але одночасно з цим людство втратило своє воістину «людське» обличчя. Сучасна ситуація в Україні продовжує свідчити про безліч невирішених проблем соціального характеру: соціальне розшарування на тлі економічної кризи останніх років, широке поширення алкоголізму та наркоманії, поширення девіантної поведінки серед молоді, екстремізму і багато іншого. Все більше підвищується рівень психічно хворих людей у суспільстві. Урбанізація, прискорення темпу життя, інформаційні перевантаження,

підсилюють нервову напругу, що найчастіше сприяють виникненню та розвитку нервово-психічної патології. Нормою стає синдром «емоційного вигорання» на роботі. Отже, важливість питань психічного здоров'я незаперечна.

Здоров'я (визначення ВООЗ) – це не тільки відсутність хвороби чи фізичних дефектів, але й повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя.

Психічне здоров'я – відносно стійкий стан організму і особистості, що дозволяє людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні і соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі.

Психічне здоров'я - це відсутність хвороб і патологічних змін в головному мозку людини, однак це не виключає виникнення в екстремальних умовах морально-етичних та соціально-психологічних реакцій, які виходять за межі загальноприйнятих норм, але не потребують засобів медичного характеру.

Загальні критерії психічного здоров'я:

8. Усвідомлення і відчуття безперервності, сталості та ідентичності свого «Я».
9. Усвідомлення і відчуття безперервності, сталості та ідентичності своїх переживань в однотипних ситуаціях.
10. Критичне ставлення до себе і результатами своєї психічної діяльності.
11. Відповідність психічних реакцій силі і частоті вплив середовища, соціальних обставин і ситуацій.
12. Здатність самоврядування поведінкою відповідно до соціальними нормами, громадськими правилами і законами.
13. Здатність планувати свою життєдіяльність і реалізувати свої плани.
14. Здатність змінювати свою поведінку в залежності від життєвих ситуацій і обставин.

Досить складно провести чітку межу між психічним здоров'ям та психічним розладом, якщо воно клінічно явно не проявляється. Прикордонна смуга, що пролягає між ними і, в той же час, що з'єднує їх один з одним, досить широка, а межі, що відокремлюють хворобу від здоров'я, є нестійкими і невизначеними. За даними деяких авторів, психічні розлади визначені у 20 – 26%, прикордонний стан – у 40 – 62%, вільними від будь-яких порушень було 13 – 35% обстежених людей. Психічне здоров'я – це стан рівноваги між людиною і зовнішнім світом, адекватність його реакцій на соціальне середовище, а також на фізичні, біологічні і психічні впливи, відповідність нервових реакцій силі і частоті зовнішніх подразників, гармонія між людиною та оточуючими людьми, узгодженість уявлень про об'єктивну реальність даної людини з уявленнями інших людей, критичний підхід до будь-яких обставин життя.

Виділяються такі рівні психічного здоров'я:

- Еталонне здоров'я (ідеальне) – повна адаптація індивіда, гармонійний розвиток, позитивно представлені всі критерії психічного здоров'я, не проглядається ймовірність психічних розладів.
- Середньостатистичний рівень – стан показників психіки відповідає популяційним з урахуванням статі, віку, соціального стану, соціокультурних умов та іншого. На цьому рівні є ймовірність розладів поведінки і психіки (кризи індивідуального розвитку).
- Конституціональний рівень – пов'язаний з типологіями будов психіки та тіла. На цьому рівні існує група ризику по причині статури.
- Рівень акцентуацій – загострення особистісних рис характеру. В результаті цього людина робиться вразливою.
- Передхвороба – наявність окремих симптомів психічного розладу.

Людина здорової психіки – це насамперед людина вихована, соціально добре адаптована, не здійснює дій, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам поведінки, отже, необхідно приділяти велике значення збереженню і зміцненню психічного здоров'я нації. Збереження забезпечується діями по двом напрямкам: профілактичний – розвиток стресостійкості (готовності до можливих змін, що порушує рівновагу); реабілітаційному – відновлення рівноваги, працездатності або ресурсного потенціалу.

Нижче представлені основні шляхи вирішення даної проблеми:

- ✓ Велике значення в збереженні психічного здоров'я має правильна організація виховання дитини. Різнобічний розвиток, постійний контроль за станом здоров'я, своєчасна корекція виниклих змін забезпечують нормальний психічний статус дитини.
- ✓ Основою збереження і примноження психічного здоров'я людини є здоровий спосіб життя: формування оптимального режиму розумової та трудової діяльності, підтримання душевного спокою і благополуччя. Необхідно відмовитися від тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв. Слід навчитися контролювати свої емоції і протистояти стресогенним навантаженням.
- ✓ Необхідно пам'ятати про те, що однаково шкідливі будь-які крайнощі в регуляції емоційних проявів. Неприпустимі безконтрольні емоційні стани, що викликають конфліктні ситуації і дезорганізацію особистості, сильно погіршують загальний стан здоров'я і призводять до появи психічних розладів.
- ✓ У той же час спроби максимального стримування, повного контролю за будь-якими емоціями можуть призвести до серйозних негативних наслідків.
- ✓ Слід завжди пам'ятати, що гормональні зміни організму, що виникають при будь-якому емоційному переживанні, в кінцевому рахунку все одно призведуть до психічної розрядки.

- ✓ Дуже важливим є наявність максимальної інформації про ситуацію, що в даний час переживається. Необхідно навчитися розрізняти причини і наслідки виниклого стану.
- ✓ При виникненні фрустрації слід терміново вирішити проблему, яка призвела до цього стану. Можна переглянути потребу, що викликала її, або змінити шлях досягнення мети.
- ✓ Афекти легше запобігти своєчасним зняттям емоційного напруження. Афект, що розгорнувся, зупинити практично неможливо.
- ✓ Для усунення поганого настрою слід згадати його причину, переосмислити її чи усунути фактор, що впливає.
- ✓ Найбільш важко регуляції піддаються почуття. Слід знати, що впливати на них можна тільки через "потенціал" задоволення потреби. Чим вище цей потенціал, тим більше сильні почуття відчуває людина і навпаки.
- ✓ Ефективними методами усунення негативних емоцій є колективні співпереживання, активна допомога в переосмисленні та переоцінці виниклої ситуації, перенесення уваги на життєво важливі потреби. Приватними прийомами і засобами можуть виступати фізичне навантаження, трудова діяльність, спілкування, хобі, музика, література й інші.

Стрес і подолання стресу.

Жодна робота не вільна від стресорів, проте деякі види діяльності несуть особливе навантаження і представляють ризик для здоров'я працівників. Не виняток і діяльність медичних працівників: робота з важкими хворими, необхідність часто швидко і точно приймати рішення, зміни добового ритму під час нічних чергувань далеко не весь перелік стресових факторів. Можна виділити два стресорні аспекти в діяльності працюючих:

- масштаб психічних навантажень в даній професії: з якою напругою і з якою швидкістю вони повинні працювати протягом певного часу, а також сприймають вони свою діяльність як нервову і квапливу;
- масштаб повноважень для прийняття рішень, включаючи контроль за умовами праці, різноманітність видів діяльності, надання шансів для використання своїх здібностей і навчання новим важким навичкам.

Стрес – складова частина людського життєвого досвіду. Кінець ХХ сторіччя характерний безліччю типових стресових факторів: перенаселеність, урбанізація, соціально-економічна нестійкість, втрата традицій і соціальних зв'язків, конфлікти в родині. Численні дослідження показали, що стрес відіграє роль при виникненні різних захворювань, до яких, крім інших, відносяться гіпертонія, розлади імунної системи, наприклад хронічний

поліартрит, виразка шлунка, мігрень. Стрес є першопричиною виникнення посттравматичних стресових розладів.

Стрес – це генетично закріплені комплекси реакцій, що мають адаптивне значення через випереджальне включення механізмів, що підготовляють організм до тієї чи іншої реакції ще до усвідомлення стресора; це стан гомеостазу, що забезпечує потрібну активність людини в певних умовах середовища. Сельє визначив стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу.

Дистрес – це таке перенапруження роботи нейроендокринних механізмів, яке викликає порушення діяльності (функціональні або морфологічні) різних структур організму, приводячи до розвитку прикордонних станів і психосоматичних захворювань.

У осіб, не здатних адаптуватися до стресу, реакція на хронічні навантаження проявляється в соматичних симптомах, поведінкових проблемах, емоційних труднощах або в комбінації цих станів. Психічні і пов'язані з поведінкою проблеми, як правило, розвиваються поступово і можуть бути спочатку легко упущені. Часто вони виявляються лише у перебільшенні і загостренні існуючих особистісних якостей.

Соматичні симптоми включають в себе широкий спектр проблем. До них належать порушення прийому їжі, шлункові і кишкові проблеми, серцебиття, поколювання в руках і ногах, головні болі, болі в шії і спині, легкий ступінь порушення свідомості, підвищення кров'яного тиску і зниження опорності щодо хвороб. Про збільшення стресу можуть свідчити також і поведінкові симптоми - переїдання, зловживання психоактивними речовинами, схильність до травматизму на виробництві, зниження професійної працездатності або шкільної успішності. Сімейні конфлікти та міжособистісні проблеми також зустрічаються досить часто. До психічних симптомів відносяться відчуття страху, дратівливості або агресивності, знижений настрій, безсоння, труднощі в концентрації уваги, стомлюваність і негативні думки.

Стрес підтримує кругообіг, при якому утруднюється відмінність між причиною і наслідком. Екстремальний стрес викликає соматичну і психічну слабкість, яка, в свою чергу, підвищує схильність даної особистості до подальшої травматизації – опорність організму знижується, перевантаження виникають все частіше. Так як внаслідок стресу порушується поведінка, це призводить до розладу стосунків з оточуючими і нестачі впевненості в собі. Звичайні ситуації для людини є травматизуючими і вимагають надмірних зусиль для їх подолання.

Джерелами стресу в стандартних ситуаціях є:

1. *Неконтрольованість*, тобто відчуття втрати контролю може кожен ситуацію перетворити на травматизуючу. Наприклад, було виявлено, що пасажери приміських поїздів, що спізнюються на поїзд і не мають можливості зайняти місце, знаходяться в стані більшого емоційного перенапруження, ніж ті, хто сідають в поїзд заздалегідь.

2. *Непередбачуваність*. Вплив непередбачуваності при зустрічі зі стресовим фактором, наприклад проживання в місцевості, де трапляються землетруси, зазвичай носить тривалий характер.
3. *Невпевненість*. Знання про те, що травмуюча подія відбудеться в поєднанні з відсутністю відомостей про те, коли це трапиться, одне з частих джерел стресу. Число прикладів достатнє: іспити, операції, важливі ділові зустрічі та інше.

Принципи подолання стресу:

- ✓ *Реагувати активно*. Поки можливо, необхідно діяти проти стресового чинника шляхом прямих дій, при цьому навчитися встановлювати контроль над ситуацією і підтримувати його.
- ✓ *Розпоряджатися розумно своїм часом*. Знайти власний темп, говорити «ні», що і є засіб для зменшення стресу.
- ✓ *Регулювати стрес*. Травмуючу ситуацію необхідно долати невеликими порціями, з відповідними інтервалами. Наприклад, розподіл досягнення віддаленої мети на ряд проміжних кроків. Травмуюча ситуація може бути розділена на маленькі одиниці, на подоланні яких слід зосередити увагу. При одночасному виникненні декількох травматизуючих ситуацій по можливості сконцентруватися на вирішенні однієї з них.
- ✓ *Визначення пріоритетів*. Слід розрізняти короткострокові та довгострокові пріоритети і організовувати свій час відповідно до них за допомогою реалістичного і гнучкого плану. Час від часу об'єктивно переглядати цей план.
- ✓ *Встановлення контактів*. У період травматизуючих подій контакти з іншими людьми допомагають визначити пріоритети та приймати рішення. Необхідно вдаватися до допомоги інших людей, так як дефіцит підтримки вже сам по собі стресор.

Синдром емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання (burn-out) являє собою стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, що розвивається як результат хронічного невирішеного стресу на робочому місці. Розвиток даного синдрому характерний для альтруїстичних професій, де домінує турбота про людей (соціальні працівники, лікарі, медичні сестри, вчителі та ін.).

Перші роботи по вигорання з'явилися в 70-і роки в США. Одним з основоположників ідеї вигорання є Х. Фреденбергер, американський психіатр, що працював в альтернативній службі медичної допомоги. Він у 1974 році описав феномен, який спостерігав у себе і своїх колег (виснаження, втрата мотивацій і відповідальності) і назвав його метафорою, що запам'ятовується – вигорання. Спочатку Фреденбергер заніс у цю групу фахівців, що працюють в кризових центрах і психіатричних клініках, пізніше вона об'єднала всі професії, які передбачають постійне, тісне спілкування

(«людина – людина»). Інший основоположник ідеї вигорання – Крістіна Маслач – соціальний психолог, визначила це поняття як синдром фізичного та емоційного виснаження, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату розуміння і співчуття по відношенню до клієнтів або пацієнтів.

Основні симптоми синдрому емоційного вигорання:

- ✓ Погіршення відносин з колегами та родичами;
- ✓ Наростаючий негативізм по відношенню до пацієнтів (колег);
- ✓ Зловживання алкоголем, ніотином, кофеїном;
- ✓ Втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі і провини;
- ✓ Підвищена дратівливість – і на роботі, і вдома;
- ✓ Вперте бажання змінити рід занять;
- ✓ Раз у раз виникає неухважність;
- ✓ Порушення сну;
- ✓ Загострена сприйнятливність до інфекційних захворювань;
- ✓ Підвищена стомлюваність, відчуття втоми протягом усього робочого дня.

У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду синдром вигорання був описаний під рубрикою Z.73.0 як «Вигорання – стан повного виснаження». Люди з синдромом вигорання зазвичай мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Спостерігаються хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам'яті та уваги), порушення сну з труднощами засипання і ранніми пробудженнями, особистісні зміни. Можливий розвиток тривожного, депресивного розладів, залежностей від психоактивних речовин, суїцид. Спільними соматичними симптомами є головний біль, гастроінтестинальні (діарея, синдром подразненого шлунка) і кардіоваскулярні (тахікардія, аритмія, гіпертонія) порушення. Існує безліч теорій розвитку синдрому емоційного вигорання.

Ряд дослідників вважає основними передумовами наявності організаційних проблем (занадто велика робоче навантаження, недостатня можливість контролювати ситуацію, відсутність організаційної спільності, недостатня моральна й матеріальна винагорода, несправедливість, відсутність значимості виконуваної роботи). У той же час інші дослідники вважають важливішими особистісні характеристики (низька самооцінка, високий невротизм, тривожність та ін.) Таким чином, немає єдиних поглядів на питання етіопатогенезу вигорання, відсутні сталі єдині діагностичні критерії.

Більш всього ризику виникнення синдрому емоційного вигорання схильні особи, що пред'являють непомірно високі вимоги до себе. У їхньому уявленні справжній фахівець – це зразок професійної невразливості і досконалості. Особистості, що входять в цю категорію, асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому в них стирається грань між роботою та особистим життям. У ході досліджень було виділено три типи людей, яким загрожує емоційне вигорання.

Перший тип – так званий «педантичний». Основні характеристики цього типу: сумлінність, зведена в абсолют; надмірна, хвороблива акуратність, прагнення в будь-якій справі добитися зразкового порядку (нехай на шкоду собі).

Другий тип – «демонстративний». Люди цього типу прагнуть першенствувати у всьому, завжди бути на виду. Разом з тим їм властива висока ступінь виснаження при виконанні непомітної, рутинної роботи.

Третій тип – «емотивний». «Емотики» нескінченно, протиприродно чутливі і вразливі. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну межує з патологією, з саморуйнуванням, і все це за явного браку сил чинити опір будь-яким несприятливим обставинам.

Люди першого типу часто бувають надмірно прив'язані до минулого; у них основні симптоми перевтоми – апатія, сонливість.

У людей другого типу перевтома виражається в надмірній дратівливості, гнівливості. На цьому тлі підвищується тиск, виникають проблеми з засипанням. У цьому випадку рекомендується випити ввечері склянку теплого молока і прийняти заспокійливу ванну або душ.

Люди третього типу при стресах страждають безсонням, у них можлива поява підвищеної тривожності.

Синдром «емоційного вигорання» включає в себе 3 стадії, кожна з яких складається з 4-х симптомів:

1-а стадія «Напруга» – симптоми:

- незадоволеність собою,
- «загнаність в клітку»,
- переживання психотравмуючих ситуацій,
- тривожність і депресія.

2-я стадія «резистенція» – симптоми:

- неадекватне, виборче емоційне реагування,
- емоційно-моральна дезорієнтація,
- розширення сфери економії емоцій,
- редукція професійних обов'язків.

3-я стадія «Виснаження» – симптоми:

- емоційний дефіцит,
- емоційна відстороненість,
- особистісна відстороненість,
- психосоматичні і психовегетативні порушення.

Профілактика й усунення «вигорання»:

1. Визначення короткострокових і довгострокових цілей. Перше не тільки забезпечує зворотний зв'язок, що свідчить про те, що лідер знаходиться на правильному шляху, а й підвищує довгострокову мотивацію. Досягнення короткострокових цілей – успіх, який підвищує ступінь самовиховання. До кінця чергового робочого року дуже важливо включити цілі, котрі доставляють задоволення.

2. Спілкування. Коли керівники аналізують свої почуття і відчуття і діляться ними з іншими, ймовірність "вигорання" значно знижується або цей

процес менш виражений. Тому рекомендується, щоб лідери ділилися своїми почуттями з колегами і шукали в них соціальної підтримки. Якщо ви ділитися своїми негативними емоціями з колегами, ті можуть допомогти знайти вам розумне рішення виниклої у вас проблеми.

3. Використання «тайм-аутів». Для забезпечення психічного і фізичного благополуччя дуже важливі «тайм-аути», тобто відпочинок від роботи і інших навантажень. Працівники будь-якої сфери мають відпустку, відпочивають під час свят та у вихідні дні. У наш складний час, коли темп життя все прискорюється, нові українські лідери працюють практично без перерв цілий рік, перебуваючи постійно під дією стресу.

4. Оволодіння вміннями і навичками саморегуляції. Оволодіння такими психологічними вміннями та навичками, як релаксація, ідеомоторні акти, визначення цілей і позитивна внутрішня мова, сприяє зниженню рівня стресу, ведучого до «вигорання». Наприклад, визначення реальних цілей допомагає збалансувати професійну діяльність і особисте життя. Визначаючи реальні цілі, слід знаходити час і для роботи, і для особистого життя, що сприятиме запобіганню "вигорання".

5. Збереження позитивної точки зору. Знайдіть людей, які забезпечать соціальну підтримку і, отже, допоможуть зберегти позитивну точку зору відносно ваших дій.

6. Контроль емоцій, які виникають після завершення наміченої роботи. Більшість лідерів знають, як важливо вміти контролювати почуття тривожності і напруженості при вирішенні професійних завдань. Але завершення роботи не завжди усуває сильні психологічні почуття, особливо якщо робота не принесла потрібних результатів. Емоції часто посилюються і виявляються в сварках з колегами і підлеглими або, навпаки, в депресії, яка призводить до «вигорання».

7. Підтримка хорошої спортивної форми. Між тілом і розумом існує тісний взаємозв'язок. Хронічний стрес впливає на організм людини, тому дуже важливо підтримувати хорошу спортивну форму за допомогою фізичних вправ і раціональної дієти. Неправильне харчування, збільшення або зниження маси тіла негативно впливають на рівень самооцінки і сприяють розвитку синдрому «вигорання». Коли ви відчуваєте певний стрес, спробуйте зберегти хорошу спортивну форму, що допоможе вам залишитися стійким і психічно.

Щоб уникнути синдрому емоційного вигорання:

- ✓ намагайтеся розраховувати, обдуманно розподіляти всі свої навантаження;
- ✓ вчіться переключатися з одного виду діяльності на інший;
- ✓ простіше ставитесь до конфліктів на роботі;
- ✓ як не дивно це звучить – не намагайтеся завжди і в усьому бути кращими;
- ✓ пам'ятайте: робота – всього лише частина життя.

Поняття про професійну деформацію.

Кожна професія може сприяти розвитку людини і вдосконалювати його особисті якості на користь суспільства. Але професія може також викликати деформації, деформувати характер людини. Деформації можуть викликати в деяких випадках лише добродушне подшучування (професорська забудькуватість, неуважність), але інший раз вони можуть бути предметом іронії, сарказму і сатири (чиновницький, казенний бюрократизм).

Медичний працівник теж володіє певною владою над хворими, а значить, він схильний до небезпеки деформації. Професійна деформація розвивається, як правило, поступово з професійної адаптації. Професійна адаптація є необхідною для медичного працівника. У лікарів, медичних сестер та у допоміжного персоналу які на початку своєї професійної діяльності дуже бурхливо переживали всі етапи надання медичної допомоги і страждання хворих, проте поступово у медиків розвивається певна емоційна опірність. У суворих драматичних ситуаціях, коли життя хворого знаходиться під загрозою, лікар швидше за все навчиться аналізувати та оцінювати становище, робити висновки і діяти. Хоча певна ступінь емоційної опірності необхідна і зрозуміла, все ж у свідомості медичних працівників повинна зберігатися здатність сприймати хворого, людину, яка страждає, варту поваги, особистість хворого не можна вважати незручним додатком до хворого органу, який лікар повинен обстежити. Це є необхідною складовою частиною не тільки людського, але і професійного рівня медичного працівника.

Професійними деформаціями є поведінка і вирази медичних працівників, при яких під впливом звички проявляється черствість по відношенню до хворих в такій мірі, що у немедиків створюється враження бездушності і навіть цинізму. Наприклад, лікар і медична сестра не вважають за потрібне відокремити хоча б ширмою вмираючого хворого в двадцятикоєчній палаті, або ж лікарі, здійснюючи обхід, при хворому дискутують про несприятливий прогноз його хвороби.

Професійно деформований лікуючий лікар, який ставить діагноз хоча і точно, але за допомогою машин, викликає у хворого враження незацікавленості і байдужості, не усвідомлюючи цього.

Є й деякі організаційні та економічні обставини, що підсилюють деформований підхід до хворого. Складний механізм планування та управління медичними закладами, необхідність капітального ремонту багатьох лікарень і поліклінік затягують процес створення необхідних умов у відділеннях, розташованих у старих будівлях. Медичним сестрам, а до певної міри і лікарям, не заважають великі палати. У них легше впоратися з роботою, хворі самі спостерігають один за одним і допомагають один одному більше, ніж у маленьких палатах. Значно менше таке положення подобається хворим.

При плануванні завжди більше уваги приділяється придбання діагностичної та лікувальної апаратури та лабораторного обладнання, ніж перебудові лікарняних відділень у відповідності до вимог лікувально-

охоронного режиму, при якому необхідно пам'ятати про те, що хворий потребує створення хоча б мінімальних інтимних умов.

Все це пов'язано з характером професійної деформації, яка має психологічне значення: причиною є не погані наміри або прагнення шкодити хворому, а погана, протягом тривалого часу, по суті, неусвідомлена звичка. Вона проявляється також у своєрідному професійному жаргоні, вживаному без перепон при хворих.

Тому необхідно стежити за тим, щоб психічна деформація медичних працівників, яка розвивається підсвідомо і безконтрольно, не стала одним з факторів ятрогенного ураження хворих.

Одним з критеріїв психічного здоров'я – є задоволення від особистого життя. Виходячи з цього, ми вирішили більш детально зупинитися на проблемі гігієни статевих відносин.

Психосексуальна культура передбачає, що людина в процесі свого розвитку (статевого дозрівання) готується до свого майбутнього, до свого дорослого життя. Готується за допомогою уявлень про морально-етичну та фізіологічну сторону шлюбного життя. Існує відмінність між сексом і любов'ю. Секс – це фізіологічний акт, у результаті якого обидва партнери отримують задоволення. Коли ви "займаєтесь любов'ю", ви насамперед поринаєте в емоційну атмосферу любові й обожнювання.

У людини, безперечно, може бути секс без любові. Вона також може мати любов без сексу. Але, безумовно, найкращим є поєднання любові й сексу, яке супроводжує сімейні взаємостосунки.

Сексуальні стосунки є важливою частиною нашого життя. Це шлях до співпереживання й взаємної ніжності, хвилювання й насолоди. Випадкові сексуальні зв'язки асоціюються з ризиком передачі різноманітних захворювань.

За останній час в Україні спостерігається різкий ріст чисельності захворювань, які передаються статевим шляхом, особливо серед молоді. Через відсутність достовірної інформації, більшість молодих людей думають, що небезпека заразитися під час випадкового статевого акту перебільшена.

Хвороби, що передаються статевим шляхом, – це хвороби, які виникають після статевих контактів з людиною, яка вже хворіє на будь-яку з них. Збудником таких хвороб є найдрібніші організми (віруси або бактерії), які живуть у різних рідинах людського організму, таких як кров, сперма і вміст вагіни.

Найхарактернішими спільними симптомами більшості хвороб є: свербіння, незвичні виділення зі статевих органів, часте й болюче сечовипускання. Інколи захворювання протікає безсимптомно. Деякі симптоми хвороб проходять без лікування, але це не означає, що хвороба минула, оскільки збудник залишається в організмі, й людина стає джерелом зараження інших людей. Водночас захворювання може відновитися знову і протікати набагато важче.

ЧАСТИНА 4. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПСИХІЧНОХВОРИМИ.

РОЗДІЛ 4.1 САНІТАРНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ ТА ТЕХНІКА БЕЗПЕКИ В ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДАХ. ЗДІЙСНЕННЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ. ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ.

Лікувально-охоронний режим - це сукупність заходів, які протікають в передбачуваному ритмі і тим самим створюють сприятливі умови організації обслуговування хворих медичним персоналом. Дотримання вимог лікарняного режиму сприяє успішному лікуванню хворих, запобігає можливим шкідливим впливам на хворого.

Основними елементами лікарняного режиму є внутрішній розпорядок дня в лікувально-профілактичному закладі, лікувально-охоронні і санітарно-протиепідемічні заходи. Хворого знайомлять з внутрішнім розпорядком лікарні під час госпіталізації в приймальному відділенні, про що роблять відповідну відмітку в історії хвороби. Крім того, в кожному відділенні в доступному місці вивішують розпорядок дня. Дотримання хворими вимог лікарняного режиму полегшує організоване, рівномірний комплексне обслуговування їх медичним персоналом. Родичі хворих можуть ознайомитися з внутрішнім розпорядком лікарні у вестибюлі приймального відділення. Це дозволить їм вибрати оптимальний час для відвідування хворих. Лікувально-охоронний режим - це сукупність лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на зменшення або виключення впливу несприятливих факторів на психіку хворого і забезпечення фізичного і психічного спокою. Ці заходи, оберігаючи вразливу психіку пацієнта від надлишкового роздратування, створюють сприятливий фон для успішного лікування. Нейтралізуючи дію несприятливих факторів, з якими може зустрітися хворий в умовах лікувального закладу, цей режим обмежує появу додаткових негативних емоцій.

Важливим елементом лікувально-охоронного режиму є дотримання тиші. Для цього вчать персонал всі розмови і розпорядження проводити напівголосом. У відділенні повинна функціонувати світлова система сигналізації виклику до хворого, коли включення хворим тумблера виклику веде до спалаху світла над дверима або на посту біля чергової медичної сестри. Необхідно дбайливо змащувати дверні завіси і коліщатка візків. Обов'язковою є змінне взуття у всіх медичних працівників, яка б не створювала шуму і стуку при ходьбі. Медичний персонал повинен намагатися забезпечити умови для відпочинку і сну хворих. Сон мобілізує захисні сили організму. Навіть хворі, які не страждають на розлади сну, в умовах лікувального закладу можуть відчувати дискомфорт через необхідність цілодобово знаходитися під багатомісною палатою, через незручність лікарняного ліжка, вимушеного положення. Тому медперсонал

вимагає від хворих дотримання розпорядку дня у відділенні і сам не порушує його. Слід вчасно нагадати хворим про припинення перегляду телевізійних програм, виключити загальне освітлення, залишаючи лише черговий світло. У години денного відпочинку та нічного сну хворим виконують тільки необхідні маніпуляції. Під час виклику до хворого в нічний час використовують для освітлення настільні або окологостельні настільні лампи, а не загальне світло. Для відпочинку хворих найчастіше обладнують кути в коридорах і холах. Там розміщують крісла, журнальний столик зі свіжими газетами, журналами і науково-популярними виданнями. Хворі мають можливість у затишній обстановці подивитися телевізійні програми, займатися рукоділлям, читати, зустрічатися з відвідувачами. У таких кутах використовують декоративні зелені насадження, обладнують тематичні стенди з рекомендаціями щодо здорового способу життя, раціонального харчування. Медперсонал повинен контролювати потік відвідувачів у відділенні, щоб не втомлювати тяжкохворих довготривалими розмовами з родичами, сусідами, співробітниками. Крім того, відвідувачів слід попереджати про стан хворого, до якого вони прийшли, щоб попередити їх негативні емоційні реакції при зустрічі з ним. Відвідувачів необхідно попередити про недоцільність інформувати хворого про негативні явища, а також необхідності фільтрувати весь потік новин в залежності від психічної реакції хворого. У палатах контролюють, щоб відвідувачі вели себе тихо і не заважали відпочивати іншим хворим. Сприятливо впливає на психіку хворого хороше санітарний стан (чистота в приміщеннях) у відділенні. Своєчасна і ретельне прибирання палат та інших службових приміщень забезпечує виконання ще одного з елементів лікувально-охоронного режиму. Хворий не повинен бачити нічого, що залишилося від попередньо проведених іншим хворим лікувальних-діагностичних процедур (серветки з кров'ю, пробірки з біологічними матеріалами для дослідження). Якщо маніпуляція проводиться в палаті, то при необхідності використовують переносну ширму. Якщо відділення є клінічною базою медичного училища або університету, то всі навчальні стенди, таблиці, муляжі повинні бути недоступними для хворого. Медична документація, яка ведеться в стаціонарі, також повинна бути недоступною для хворого. При направленні хворого на консультації чи обстеження документи направляють з медичною сестрою. При направленні хворого з поліклініки на стаціонарне лікування за наявності психічного захворювання, пишуть попередній діагноз і виставляють шифр хвороби за МКХ-10. Сприятливий вплив на хворого має заохочення хворого до процедур огляду, залучення його до рукоділля, занять лікувальною фізкультурою. У теплу пору року хворим дозволяють прогулянки на свіжому повітрі. Про тривалість прогулянок на відстань, яку дозволяють подолати хворому, лікар робить запис в історії хвороби. При цьому важливо, щоб територія лікарні була досить озелененою і впорядкованою, з обладнаними пішохідними доріжками і альтанками між лавами для відпочинку хворих. Транспортування хворих-це перевезення або перенесення хворого до місця надання медичної допомоги, обстеження чи консультації фахівця або з одного лікувального

закладу до іншого. Медперсонал повинен грамотно допомогти хворому при зміні положення тіла, переміщенні в ліжку і кваліфіковано забезпечити транспортування його.

Створення безпечних умов для підопічного. Безпека - це найважливіший принцип догляду, тому що він є основою всього, що ви робите. Створення навколо підопічного безпечного оточення є обов'язком кожної патронажної сестри, а запобігання можливості травм - це найкраща із заходів безпеки. Керуючись здоровим глуздом, ви можете передбачити небажаний розвиток подій і вжити заходів, щоб їх запобігти. Якщо ваш підопічний фізично ослаблений, дезорієнтований або нетвердо стоїть на ногах, вам зрозуміло, що така людина може впасти і отримати травму. Тому ви вживаєте заходів, які виключають можливість його падіння. Ви можете використовувати свої знання про потенційну небезпеку, щоб запобігти нещасним випадкам.

Запам'ятайте такі правила, які допоможуть вам забезпечити безпеку підопічного і вберегти себе від небезпеки:

Приберіть всі перешкоди з підлоги і від дверей.

Негайно витріть розливу на підлозі рідину; в разі потреби проведіть дезінфекцію.

Намагайтеся ходити, а не бігати.

Зберігайте всі ліки і миючі речовини в закритих на замок ящиках і шафах.

Контролюйте температуру водопровідної води.

Перевіряйте температуру їжі - вона не повинна бути занадто гарячою. Якщо від їжі йде пара або тарілка настільки гаряча, що до неї неможливо доторкнутися, почекайте, поки пара не зникне або тарілка трохи не охолоне, а потім подайте їжу на стіл.

Перевіряйте, чи міцно закріплені бильця та опорні ручки, за які тримаються підопічні.

Переконайте підопічних при користуванні душем, туалетом, а також під час ходьби по коридору користуватися палицями, бильцями і опорними ручками.

Якщо людина носить окуляри, переконайтеся в тому, що лінзи чисті.

Якщо ваш підопічний використовує слуховий апарат, перевірте, чи справний він; навчіть пацієнта користуватися ним у разі потреби.

Обходьтеся з підопічними обережно, особливо з дітьми і людьми похилого віку: їх ніжна шкіра легко травмується.

Нічна лампа завжди повинна горіти під час сну підопічного (якщо він не заперечує).

Підопічні повинні бути добре знайомі з оточенням. Повідомляйте про будь-який інцидент з підопічним (травма, нещасний випадок тощо) лікарю або вашому керівнику.

Стан психічного здоров'я - об'єкт численних спостережень учених. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) констатує, що порушення психічного здоров'я серед дітей і дорослих з кожним роком - частіше. У

зв'язку з цим на сьогодні найбільш перспективним є комплексний підхід до оцінки психічного здоров'я.

Психічне здоров'я - стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки і діяльності. Зміст поняття не вичерпується медичними та психологічними критеріями, в ньому завжди відображаються комунальних та групові норми і цінності, які регламентують духовне життя людини.

На думку директора відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ психічному здоров'ю можна дати таке визначення: по-перше - це відсутність явних психічних порушень, по-друге - певний резерв сил людини, завдяки яким вона може подолати несподівані стреси, в третій стан рівноваги між людиною і навколишнім середовищем, гармонії між ним і суспільством.

За визначенням вчених "Психічне здоров'я - це таке відносно стійкий стан організму і особистості, що дозволяє людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні та психічні можливості, а також навколишні природні і соціальні умови, здійснювати і забезпечувати свої індивідуальні та суспільні (колективні) біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі ". Особливої уваги серед цих ознак психічного здоров'я заслуговує критерій психічної рівноваги. Від ступеня вираженості психічної рівноваги залежить врівноваженість людини з об'єктивними умовами, її пристосованість до них (В. Н. Мясіщев). Врівноваженість людини і адекватність його реакцій на зовнішній вплив мають велике значення для розмежування норми та патології. Тільки у психічно здоровій людини, тобто врівноваженої, ми спостерігаємо прояви:

- Відносну стійкість поведінки та адекватності її зовнішніх умов;
- Високу індивідуальну пристосованість організму до звичних коливань зовнішнього середовища;
- Здатність підтримувати звичне комфортне самопочуття, морфофункціональний збереження органів і систем.

Психічне здоров'я людини тісно пов'язане з наявністю і збереженням психологічної стійкості. Проблеми психологічної стійкості особистості мають велике практичне значення, оскільки стійкість охороняє особистість від дезінтеграції і особистісних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, забезпечує реалізацію фізичних і духовних потенцій людини.

З медичної точки зору до психічного здоров'я відносяться наступні ознаки:

- Відсутність психічних хвороб;
- Нормальний психічний розвиток;
- Сприятливий функціональний стан вищих відділів центральної нервової системи.

Критерієм психічного здоров'я та самореалізації є здорова особистість, яка характеризується вираженою цілеспрямованістю (отриманням сенсу життя), енергійністю, активністю, самоконтролем, волею, адекватною

самооцінкою. Психічне здоров'я тісно пов'язане з соціальним благополуччям особистості, що відбивається в таких характеристиках: адекватне сприйняття соціальної дійсності, інтерес до навколишнього світу, адаптація до навколишнього і соціальне благополуччя.

Роль медичної сестри - керівника в організації лікувального процесу та догляду за психічними хворими

Роль медичної сестри - керівника в організації лікувального процесу та догляду за психічними хворими важко переоцінити, оскільки він включає в себе широке коло питань, без чого неможливо було б саме здійснення терапевтичного підходу до хворих і, в кінцевому рахунку, реєстрування ремісій станів або одужання. Це не механічне здійснення лікарських призначень і рекомендацій, а творче рішення повсякденних питань, які включають в себе безпосереднє проведення лікувальних процесів (роздачу ліків, парентеральне введення препаратів, здійснення цілого ряду процедур), які слід здійснювати з урахуванням і знанням можливих побічних проявів та ускладнень. У кінцевому рахунку, це і прийняття на себе відповідальності за проведення цілого ряду ургентних заходів.

Підготувати хворого до проведення тієї чи іншої процедури або заходу вимагає часом від медсестри-керівника також багато сил, вміння, знання психології хворого і характеру наявних психотичних розладів. Переконати хворого в необхідності прийняти ліки і піти на ту чи іншу процедуру нерідко буває складним через його хворобливої продукції, коли за ідейно - маревних мотивах галюцинаторних переживань чи емоційних розладів противиться проведенню часом всіх лікувальних заходів. У цьому випадку знання клініки захворювань допомагає правильно вирішити терапевтичну проблему, роблячи можливим позитивне рішення вилікування. До цього часу актуальним залишається догляд і нагляд за психічно хворими людьми, які проводяться медсестрою - керівником. Воно включає в себе годування хворих, зміну білизни, проведення санітарно-гігієнічних заходів і так далі.

Особливо важливе спостереження за цілим контингентом хворих. Це стосується депресивних хворих, пацієнтів з кататонічне симптоматикою, хворих з гострими психотичними розладами та порушеннями поведінкових актів. Догляд і нагляд, безсумнівно, є важливими ланками в загальному плані лікування хворих, так як неможливо було б проведення терапевтичних заходів без цих важливих лікарняних факторів. Говорячи з приводу цих обов'язків медсестер - керівників, слід особливо підкреслити значимість їх щоденних рапортів на п'ятихвилинку. Інформація про хворих, динаміці їх захворюваннях, змінах в лікувальному процесі і так далі є неоціненним в ході комплексного лікувального процесу, який проводиться психічним хворим у психіатричних стаціонарах. Тільки медсестра-керівник може констатувати появу цілого ряду хворих делириозної симптоматики у вечірній час, запобігти реалізації суїцидальних тенденцій, встановити добові коливання настрою у пацієнтів за непрямыми, з об'єктивних характеристиках,

передбачити їх соціально небезпечні спонукання. Перебуваючи протягом усього робочого часу серед хворих людей, медсестра являє собою приклад самовідданості, гуманізму, альтруїзму. Таким чином, роль медсестри - керівника в загальному лікувальному процесі надзвичайно актуальна і значима.

Робота медичного персоналу в умовах **психоневрологічних установ** відрізняється від такої в інших лікарнях і має ряд особливостей. Ці особливості обумовлюються головним чином тим, що багато психічно хворі не розуміють свого хворобливого стану, а деякі взагалі не вважають себе хворими. Крім того, у хворих з засмученим свідомістю може спостерігатися різке рухове збудження. У зв'язку з цим до медичного персоналу в психіатричних лікарнях висувають особливі вимоги: постійна пильність, витримка і терпіння, винахідливість, чуйне, ласкаве ставлення і строго індивідуальний підхід до хворих.

Велике значення має узгодженість у роботі всегоколектива співробітників відділення та лікарні. Знання всіх деталей з догляду та нагляду за психічно хворими є абсолютно необхідною умовою роботи медичної сестри в психіатричній лікарні. Перш за все, слід зупинитися на тому, яким має бути поведінка медичного персоналу у відділенні психіатричної лікарні і ставлення його до психічно хворим. По-перше, медична сестра зобов'язана добре знати не тільки всіх хворих відділення на прізвище, ім'я та по батькові, але і в якій палаті кожен перебуває, яке його психічний стан на поточний день, знати загальне число хворих у відділенні і причину відсутності деяких з них в відділенні. Необхідно звертати особливу увагу на хворих, які потребують спеціальному спостереженні і догляді. Про це медична сестра дізнається при обході відділення, який робить лікар, з сестринських щоденників і на п'ятихвилинках. По-друге, необхідно точно дізнатися всі призначення, зроблені лікарем, і строго виконувати їх у зазначений час. Звернення з усіма хворими має бути серйозним, ввічливим, привітним і співчутливим. Думати про те, що хворі цього не розуміють і не цінують, - глибока помилка. Однак не слід переходити і в іншу крайність: бути надмірно ласкавим, солодкуватим у поводженні з хворими, розмовляти з ними запобігливим тоном. Це може дратувати і хвилювати їх. Не можна віддавати явну перевагу і приділяти особливу увагу одному з хворих і зневажливо ставитися до інших. Це також не залишається непоміченим і викликає справедливе невдоволення. Необхідно стежити за ділової обстановкою у відділенні за виконанням встановленого режиму дня, уникати гучних розмов персоналу і пацієнтів, оскільки тиша - важлива і необхідна умова при лікуванні нервово-психічних хворих.

Медичний персонал зобов'язаний бути охайним і підтягнутим. Халат має бути чистим і добре випрасуваний, застебнутим на всі гудзики, на голові слід носити білу косинку, прибираючи під неї волосся. Медпрацівникам чоловікам рекомендується надягати на голову білу шапочку. Жіночому персоналу неспокійного відділення під час роботи не можна носити намисто, сережки, брошки та ін, так як все це заважає при утриманні порушеної

хворого і можебути зірвано ім. У тих випадках, коли у хворих починається рухове або мовне збудження або взагалі настає різка зміна в стані, медична сестра зобов'язана терміново поставити до відома про це лікуючого або чергового лікаря. Середньому медичному персоналу не дозволяється самостійно призначати ліки або процедури, переміщати хворих з однієї палати в іншу або навіть у межах однієї і тієї ж палати. Забороняються сторонні розмови в присутності хворого, навіть якщо хворий повністю байдужий до всього навколишнього. Іноді такий хворий після закінчення курсу лікування розповідає про те, що в його присутності медичні сестри чи няньки вели розмови на самі сторонні теми, вислуховувати які йому було вкрай обтяжливо, але він не міг говорити і рухатися, наприклад, при кататонічному ступорі. Сторонні розмови персоналу не менш обтяжують хворих, що знаходяться в депресивному і тужливій стані. Хворі ж з маячними ідеями відносини або самозвинувачення в цих розмовах нерідко вбачають ряд "факторів", які, на їх погляд, мають пряме відношення до них. Це може посилити неспокій хворих, порушити контакт з медичним персоналом. Такі хворі починають підозріло ставитися до медичної сестри, припиняють прийом ліків з її рук. У таких випадках говорять, що хворий "вплітає" навколишніх у своє маячення. У присутності хворих не можна обговорювати стан здоров'я когось із них, говорити про його захворювання, висловлювати судження про прогності. Категорично забороняється сміятися над хворими, вести бесіду в іронічному, жартівливому тоні. Нерідко хворі з маячними ідеями висловлюють різні припущення про причини свого перебування в лікарні, скаржаться на те, що їх не лікують, а все нібито роблять для того, щоб позбутися від них, умертвити. У цих випадках треба уважно і терпляче вислухати хворого. Не слід прагнути у що б то не стало переконати хворого, але не можна і погоджуватися з його маячною висловлюваннями. Найчастіше в цих випадках доводиться говорити хворому про те, що всі його припущення неправильні, побоювання абсолютно необґрунтовані і що йому необхідно лікуватися, оскільки він хворий. Хворий, як правило, не задовольняється цим відповіддю і тут же ставить запитання про термін його виписки з лікарні. З цим питанням слід рекомендувати звернутися до лікуючого лікаря. Говорити ж про точні терміни виписки при лікуванні психічних захворювань, як правило, дуже важко, так як в процесі лікування може знадобитися додатковий час для проведення тих чи інших заходів або ж може настати погіршення в стані здоров'я. Про терміни виписки треба говорити лише приблизно, з тим, щоб потім не виникало жодних суперечок, конфліктів. Лише за кілька днів до виписки можна назвати точну дату. Іноді, для того щоб заспокоїти хворого, медична сестра обіцяє йому чергове побачення з рідними, розмова по телефону, але потім не виконує обіцянки, тобто обманює хворого. Це абсолютно неприпустимо, оскільки хворий втрачає довіру до медичного персоналу. У разі, якщо неможливо прямо і конкретно дати відповідь на те чи інше питання, слід перевести розмову на іншу тему, відвернути хворого. Не рекомендується також обманним шляхом поміщати хворого в стаціонар. Це ускладнює надалі контакт з ним, він

надовго стає недовірливим, нічого не розповідає про себе, про свої переживання, а іноді стає озлобленим.

Не слід боятися хворих, але не потрібно хизуватися зайвою хоробрістю, так як це може призвести до тяжких наслідків. Наведемо приклад, який свідчить про те, що не можна нехтувати обережністю в спілкуванні з психічним хворим. Під час бесіди хворий, що знаходиться в маревному стані, звернувся до одного з молодих лікарів і запропонував йому вийти з ним у коридор для розмови віч-на-віч. Поведінка хворого вказувало на маячний ставлення до лікаря. Хворий і лікар, всупереч порадам інших співробітників, вийшли в коридор, і хворий відразу ж напав на лікаря і завдав йому кілька ударів. Слід пам'ятати про можливість раптових (імпульсивних) агресивних вчинках хворих, спрямованих проти персоналу або інших хворих. Взагалі ж, агресивні дії хворих на відношенні медичного персоналу - явище рідкісне. Ні в якому разі не можна озлоблюватися, ображатися на хворих за їх агресивні наміри чи дії, які пов'язані з хворобою. За одужання часто можна чути, як хворий просить вибачити його за поведінку в минулому. У разі, якщо серед хворих виникла сварка чи бійка, медична сестра повинна вжити термінових заходів до того, щоб розвести хворих (для цього необхідно запросити санітарів, можна вдатися до допомоги свідомих хворих), і зараз же повідомити про це лікаря. Не слід у присутності хворих виправдовувати поведінку однієї чи звинувачувати іншого. Хворі часто звертаються до персоналу з різними проханнями. Багато з них цілком здійсненні. Однак, перш ніж це зробити, потрібно врахувати всі можливі наслідки, тобто бути обережним. Наприклад, хвора на шизофренію з маячними ідеями фізичного впливу і отруєння після проведеного курсу лікування стала почувати себе значно краще, але марення повністю не зник, що вона ретельно приховувала (диссимулювать). Увечері ця хвора попросила у медичної сестри англійську шпильку, для того, щоб проткнути гумку. Шпильку вона отримала. Незабаром після цього викликаний лікар виявив у хворої ушкодження обличчя, так як вона намагалася собі "застебнути" рот, з тим, щоб вночі їй "не відкрили його і не насипали отруйних речовин".

Хворі часто пишуть різні листи, заяви, скарги у різні установи. У цих листах вони викладають всі свої "митарства", вимагають, щоб їх обстежила комісія, та ін, тому перед відправленням всі листи, написані хворими, повинні бути прочитані медичної сестрою або лікарем. Листи, які за своїм змістом носять явно хворобливий характер або мають які-небудь безглузді висловлювання, відправляти не слід. Ці листи медична сестра повинна передати лікаря. Листи та записки, які у відділення, перед тим, як їх роздати хворим, теж повинні бути прочитані. Це робиться для огороження хворого від тих чи інших травмуючих звісток, які можуть погіршити стан його здоров'я.

Передачі хворим (продукти і речі) слід ретельно переглядати, щоб родичі і знайомі навмисно або без наміру не передали хворому то, то може бути йому протипоказано чи навіть небезпечно для нього, наприклад ліки

(особливо наркотики), спиртні напої, голки, леза для гоління, ручки, сірники.

Медична сестра детально повинна знати обов'язок санітарів і стежити за їх роботою, пам'ятати про неприпустимість зняття санітарного поста без забезпечення заміни. Новій зміні санітарів, що надходить на пост, медична сестра повинна дати вказівки, які хворі потребують суворому нагляді, особливо у догляді. До таких, найчастіше, належать хворі в депресивному стані, з галюцинаціями, з маренням, особливо з маренням фізичного впливу і переслідування, хворі на епілепсію з частими випадками або з періодичними нападами розлади свідомості, фізично слабкі хворі, які відмовляються від їжі, та ін. Пильний нагляд і спостереження за такими хворими - кращий засіб уникнути нещасних випадків (самогубств, самокатувань, пагонів, нападу на оточуючих). Ці хворі ні на хвилину не повинні зникати з поля зору санітарів. Якщо хворий з думками про самогубство накривається ковдрою з головою, необхідно підійти до нього і відкрити обличчя, так як бувають випадки спроб до самогубства під ковдрою. При вимірюванні температури потрібно уважно стежити, щоб хворий не завдав собі ушкодження градусником або не ковтнув би його з метою самогубства. Якщо хворий попрямував в туалет, то санітар повинен непомітно стежити через віконечко за його поведінкою. Нагляд не повинен слабшати ні вдень, ні вночі; в палаті, куди зазвичай поміщають таких хворих (спостережна палата), в нічний час має бути достатній світло. При видачі ліків не можна відходити від хворого до тих пір, поки він не прийме їх, так як деякі з тих чи інших мотивів не охочі лікуватися (маячний тлумачення, страх, негативізм), отримавши порошок або таблетку, викидають їх або накопичують, з тим, щоб прийняти велику дозу одномоментно з метою самоотруєння. Якщо виникають подібні підозри, потрібно оглянути речі і постіль хворого, що, втім, слід час від часу робити стосовно багатьох хворих. Огляд речей, щоб не образити і не образити хворого, треба виробляти в години прогулянок або під час перебування хворого у ванні. У разі необхідності провести терміновий огляд хворому пропоную прийняти ванну або запрошують його до кабінету лікаря для бесіди. Хворі, схильні до самогубства, іноді збирають під час прогулянок в саду шматочки скла, металу, цвяхи, тому санітари повинні уважно стежити за їх поведінкою. Територію треба систематично ретельно прибирати. Хворі не повинні мати при собі сірників. Сірники для курців хворих, зберігає санітар. При цьому необхідно ретельно спостерігати, щоб хворий не кинув палаючу цигарку на постіль або ж не завдав собі опіки, що іноді роблять хворі в депресивному або маревному стані. У хворих не повинно бути довгих олівців, складаних ножів, шпильок, шпильок. Гоління хворих виробляє перукар у присутності санітара, для цього краще користуватися безпечної бритвою. Ці запобіжні заходи необхідні тому, що бувають випадки, коли хворий вихоплює бритву з рук персоналу і завдає собі важке пошкодження. Під час їжі ножі і виделки хворим не видають. Їжу готують заздалегідь таким чином, щоб її можна було їсти, користуючись лише ложкою. Буфет, де зберігаються ножі та інші

предмети, повинен бути завжди закритий на замок. Входити в буфетну хворим не дозволяється.

У відділеннях, як правило, бувають безпорадні хворі, за якими необхідний самий ретельний систематичний догляд. До цієї групи належать хворі з кататонічним і депресивним ступором, з важкими органічними ураженнями головного мозку при наявності паралічів або глибокого слабоумства, фізично слабкі хворі та ін. Вони часто не можуть самостійно їсти, їх потрібно годувати і напувати з рук. Фізично слабким хворим, а також у випадках розлади ковтання їжу треба давати переважно рідку, невеликими порціями, не поспішаючи, так як хворі легко можуть поперхнутися. Необхідно стежити за чистотою білизни і постелі, періодично з цією метою слід підкладати хворим судно. Для звільнення кишківника застосовують очисні клізми. Хворих, яким дозволено вставати, потрібно водити в туалет. У разі затримки сечі (частіше це спостерігається при кататонії) її треба випускати за допомогою катетера. Важливо уважно оглядати (не менше 1-2 рази на тиждень) шкірні покриви хворих, так як у них легко виникають пролежні, попрілості. Особливу увагу треба звертати на область крижів, сідниць. При появі перших ознак пролежнів - стійкого почервоніння шкіри - хворого слід укласти на гумовий круг, систематично протирати шкіру камфорним спиртом. Ротову порожнину, особливо якщо хворий не п'є і не їсть і його годують через зонд, слід періодично промивати. Потрібно суворо стежити за чистотою волосся (краще коротко стригти їх). Великої уваги обслуговуючого персоналу вимагають хворі, які відмовляються від їжі. Відмови від їжі можуть мати різне походження: кататонической ступор, негативізм, маревні установки (ідеї отруєння, саообвінення), наказові галюцинації, які забороняють хворому є. У кожному випадку треба спробувати з'ясувати причину відмови від їжі. Іноді після вмовлянь хворий починає самостійно їсти. Деякі хворі довіряють годувати себе лише комусь із співробітників чи родичу. Хворі з явищами негативізму іноді їдять, якщо біля них залишити їжу і відійти. Часто допомагає введення 4-16 ОД інсуліну натщесерце, в результаті чого посилюється відчуття голоду. У ряді випадків персоналу вдається годувати хворого, долаючи невеликий опір.

Якщо всі вжиті заходи не призводять до позитивних результатів, доводиться годувати хворого штучно через зонд. Для проведення цього заходу необхідно приготувати: 1) гумовий зонд (діаметр отвору близько 0,5 см, один кінець закруглений, з двома боковими отворами, другий - відкритий), 2) воронку, на яку надягають відкритий кінець зонда; 3) вазелін або гліцерин для змащування зонда перед введенням; 4) поживну суміш, до складу якої входить 500 грам молока, 2 яйця, 50 грам цукру, 20-30 грам вершкового масла, 5-10 грам солі і вітаміни (поживна суміш повинна бути теплою); 5) дві склянки кип'яченої води або чаю; 6) чистий гумовий балон; 7) сірники; 8) роторозширювач. Коли всі приготують, хворого укладають на кушетку на спину. Зазвичай хворий чинить опір, так що його доводиться утримувати 2-3 санітарам. Кінець зонда змащують вазеліном або гліцерином і вводять через ніс. Зазвичай зонд без великих зусиль добре проходить через

носовий хід у носоглотку, потім у стравохід і досягає шлунка, для цього зонд треба ввести на довжину близько 50 см. При проходженні зонда в області носоглотки у хворого рефлексивно з'являються окремі блювотні рухи, крім того, сам хворий може прагнути виштовхнути зонд. У цей час можуть бути короткочасні затримки дихання, хворий червоніє, напружується. У таких випадках рекомендується на деякий час прикрити рот хворому і сказати йому, щоб він дихав через ніс і робив ковтальні рухи. Якщо у хворого з'являються утруднене дихання, синюшність особи, посилюється порушення, зонд треба швидко видалити. Перш ніж вводити поживну суміш, необхідно остаточно переконатися в тому, що зонд знаходиться в шлунку. Показником цього є наступне: 1) хворий вільно дихає; 2) полум'я палаючого сірника, піднесені до вирви, не відхиляється вбік і через лійку можна прослухати шум перистальтики шлунка; 3) введення повітря у воронку за допомогою балона викликає шуми в області шлунка, що нагадують бурчання. Годування проводять таким чином. Спочатку у воронку вливають близько півсклянки води або чаю. Після цього починають наливати поживну суміш. Для того, щоб вона не надто швидко надходила в шлунок, вирву не слід тримати високо. Потім у воронку вливають 1-2 склянки кип'яченої води або чаю. Зонд потрібно видаляти швидко, але не різким рухом. По закінченні годування хворого слід на кілька хвилин зупинити в тому ж положенні, так як іноді він може викликати у себе блювоту. Для запобігання блювоти застосовують атропін (підшкірна ін'єкція за 10-15 хвилин до годування). Годування через зонд доводиться іноді проводити протягом декількох місяців, тому періодично потрібно робити огляд носових ходів. У разі якщо зонд неможливо ввести через ніс (викривлення носової перегородки, поліпи), його треба вводити через рот, але для того, щоб хворий не затискав зонд зубами, попередньо необхідно ввести роторозширювач. Годування через зонд виробляє лікар чи медична сестра під його наглядом.

Велику увагу слід приділяти догляду за хворими з психомоторним збудженням. Відомо, що порушення може бути при шизофренії (кататонічний і гебефреническое збудження), маніакально-депресивному психозі (маніакальна фаза), при деліріозному і аментивному станах різної етіології. На першому місці при боротьбі з психомоторним збудженням стоїть медикаментозна терапія. Враховуючи, що в стані збудження хворі, як правило, не приймають ліків всередину, необхідно їх вводити підшкірно внутрішньом'язово або в пряму кишку за допомогою клізми, в свічках. Іноді порушеної хворого доводиться утримувати в ліжку до тих пір, поки він не отримає ті або інші ліки. Медична сестра не тільки повинна точно знати всі прийоми утримання неспокійного хворого, але і вміти показати їх санітарам і керувати санітарами, якщо це необхідно. Залежно від сили порушення хворого утримання його в ліжку може бути забезпечено 1-2 санітарами, а іноді для цього необхідні 3-5 санітарів. При сильному збудженні хворого кладуть на ліжку на спину, руки і ноги випрямляють. З обох боків ліжка встають по два санітари. Двоє з них тримають руки хворого, фіксуючи плече і передпліччя, двоє - ноги, фіксуючи стегно і гомілку. Іноді достатньо для

утримання хворого двох санітарів, тоді один з них утримує ноги, а інший - руки хворого, попередньо схрестивши їх таким чином, щоб ліва рука лежала на правій. Якщо хворий під час порушення намагається вдаритися головою або вкусити оточуючих, то, крім фіксування рук і ніг, необхідно третій людині утримувати голову хворого. Для цього санітар стає біля ліжка і щільно притискає голову до подушки, попередньо перекинувши через лоб хворого рушник. Під час утримування не можна заподіювати хворому біль, тому краще утримувати його через простирадло чи ковдру. Не можна натискати на живіт і на груди хворого, так як можна заподіяти біль або викликати перелом ребер. У разі, якщо сильно збуджений хворий не дає наблизитися до себе, погрожуючи яким предметом, до нього слід підійти, тримаючи перед собою розгорнутий і підняте вгору ковдру, яке швидко накидають на хворого. Після цього його вкладають у ліжко і утримують так, як про це сказано вище. Період фіксації суворо обмежений відповідною інструкцією та визначається лікарем. При переведенні збудженого хворого з одного приміщення в інше також треба правильно утримувати його. Для цього існує кілька прийомів, які застосовуються залежно від характеру порушення та сили хворого. Якщо хворого веде санітар, то він повинен підійти до хворого ззаду, взяти його руки хрест-навхрест і йти поруч з ним. Хворий може чинити опір: намагатися вирватися, вдарити головою. У уникнення цього схрещені руки хворого треба підняти, тим самим будуть ослаблені руху плечей і голови хворого. При сильному збудженні хворого можуть вести лише два санітари. У цьому випадку кожен санітар бере по одній руці хворого і тримає її близько кисті і плеча над ліктьовим суглобом. Руки хворого відводять в сторони.

При догляді за хворими на епілепсію слід пам'ятати, що через своєрідність характеру вони часто вступають у тривалі конфлікти з оточуючими хворими, що може призвести до агресії. медична сестра повинна вчасно вміти відвернути хворого, заспокоїти його. Однак якщо хворий все ж залишається злісним, напруженим, необхідно це довести до відома лікаря. Під час дисфорії (розлад настрою), яка може тривати кілька годин або днів, до хворого не потрібно часто звертатися, прагнути залучити в які-небудь заняття, так як він в цей час украй роздратований і злісний. Краще йому надати повний спокій. Великі труднощі виникають при догляді за хворими з розладами особистості, які нерідко є порушниками режиму відділення, часто вступають у сварки з оточуючими хворими. У таких випадках доводиться суворо поговорити з ними, закликати до порядку.

Безпосередньою обов'язком медичної сестри є складання щоденників. У них медична сестра повинна точно викласти все, що вона бачила протягом дня, спостерігаючи за хворими. Ці щоденники мають велике значення для лікарів, якщо вони вміло складені, так як медична сестра більше часу, ніж лікар, спілкується з хворими і може помітити важливі зміни в їх стані. Ці ж щоденники необхідні медичним сестрам і санітарам іншої зміни для ознайомлення зі станом хворих. Тільки при чіткій і злагодженій роботі всього персоналу відділення, при правильній організації догляду та лікування

можна досягти хороших результатів у наданні допомоги хворому, який страждає психічним захворюванням.

РОЗДІЛ 4.2 ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДАХ. РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ, ЇЇ ВИДИ ТА ЗАСОБИ ВТІЛЕННЯ.

Допомога хворим із психічними розладами здійснюється в стаціонарах (лікарнях) і у позалікарняних установах. В 1923 році спеціальною постановою радянського уряду вперше у світовій психіатрії були засновані територіальні психоневрологічні диспансери (ПНД), що стали основою подальшого розвитку позалікарняної психіатричної допомоги. Пізніше позалікарняна система психіатричної допомоги в різних формах одержала розвиток й в інших країнах світу.

Успіхи психіатрії, пов'язані із введенням психотропних засобів у практику лікування психічно хворих з усією переконливістю підтвердили важливість існування й необхідність удосконалювання позалікарняної ланки психіатричної допомоги, тому що вона забезпечує більшу доступність психіатричної допомоги й можливість проведення не тільки лікування, але й ефективної профілактики. Допомога психічнохворим, надавана ПНД, знижує ризик повторного звертання до стаціонару хворих і підвищує рівень їх соціальної й професійної реабілітації, тобто дозволяє лікувати їх без ізоляції від родини й суспільства.

Саме диспансери дозволяють одержати найбільш надійну інформацію про поширеність психічних розладів, оскільки, як показали спостереження, при досить тривалому їхньому існуванні у відповідному регіоні виявляються практично всі психічнохворі, що потребують спеціалізовану допомогу (оцінка захворюваності ґрунтується практично на показниках обертаності в ПНД).

Принцип територіального обслуговування дозволяє тісно інтегрувати психіатрію з іншими видами медичної допомоги. З метою більш раннього виявлення осіб із психічними порушеннями й проведення їм необхідного лікування додатково до диспансерів були засновані психотерапевтичні кабінети при територіальних поліклініках загального профілю. Психіатри й психотерапевти, що працюють у психотерапевтичних кабінетах, надають психіатричну консультативну допомогу в повному обсязі тим, хто звертається в загальну поліклініку й проводять лікування або направляють у спеціалізовані установи у випадку наявності в них психічних порушень. Хворим із пограничними психічними розладами в психотерапевтичному кабінеті загальних поліклінік лікування може бути проведене в повному обсязі. Хворі із психозами, із затяжними формами пограничних психічних розладів, що виявилися при зверненні до поліклініки, як правило, направляються на лікування в ПНД.

Психіатричне обслуговування дітей в Україні забезпечують дитячі психіатри при дитячих поліклініках. Вони виконують функції психіатрів, що працюють у загальних поліклініках для дорослих. Особливість роботи дитячих психіатрів у дитячих поліклініках полягає в тому, що діти із

психічними розладами перебувають під спостереженням психіатра в дитячій поліклініці й одержують необхідну допомогу, незалежно від ступеня виразності даних розладів. Якщо й по досягненні дорослого віку психічний стан вимагає спеціалізованої допомоги, вони переводяться для подальшого спостереження й лікування в ПНД. Якщо буде потреба (при виражених психічних розладах) лікування дітей може проводитися в спеціалізованих психіатричних стаціонарах і відділеннях для дітей і підлітків. Там, де ще недостатньо розвинена мережа дитячих психіатричних установ, амбулаторна допомога звичайно виявляється в загальних психіатричних кабінетах і диспансерах. У раннім виявленні дорослих і дітей, що потребують психіатричного спостереження й лікування значну роль грають сімейні лікарі, дільничні терапевти й педіатри, які звичайно, у силу особливостей їхньої роботи першими зустрічаються з різними психічними відхиленнями у хворих під час амбулаторних, профілактичних й інших оглядів.

Амбулаторна (позалікарняна) допомога включає:

1. Психіатричний (психоневрологічний) кабінет: в дитячій або загальній поліклініці з дільничним (районним) психіатром (дитячим або загальним), психіатричний кабінет ЦРЛ.

2. Психоневрологічний диспансер або диспансерне відділення при психоневрологічній лікарні міста, області, республіки – загальний, що має у своїй структурі дитячий, підлітковий психіатричний і логопедичний кабінети, або дитячий, у складі якого можуть бути дільничні дитячі психіатри й кабінети консультантів (логопеда й ін.).

У структуру психоневрологічного диспансеру можуть входити наступні кабінети:

1) дільничних лікарів-психіатрів (при відсутності дільничних або районних психіатрів у відповідних поліклініках);

2) психотерапевтичний;

3) наркологічний;

4) дитячий;

5) підлітковий;

6) логопедичний,

7) організаційно-методичний,

8) правової допомоги,

9) стаціонар, денний стаціонар і лікувально-трудова майстерня.

Завдання амбулаторних психіатричних установ (кабінетів, диспансерів):

а) раннє виявлення й облік хворих психіатричного профілю;

б) забезпечення динамічного диспансерного спостереження за хворими;

в) надання амбулаторної лікувальної допомоги й напрямку на стаціонарне лікування;

г) надання соціально-реабілітаційної, медико-педагогічної й правової допомоги хворим;

д) проведення профілактичних оглядів у населенні, у шкільних, виробничих й інших колективах;

е) проведення експертної роботи (судово-психіатричної, військово-лікарської й трудової експертизи), участь у роботі комісії з відбору дітей у допоміжні школи;

ж) надання консультативної допомоги в установах загальносоматичної мережі;

з) проведення санітарно-просвітньої роботи в населенні.

Стаціонарна допомога душевно хворим здійснюється в умовах спеціалізованих психіатричних лікарень. В останнє десятиліття визначилася чітка тенденція до скорочення числа психіатричних ліжок.

Стаціонарна психіатрична допомога:

1. Психіатричні лікарні (міські й обласні) у системі органів охорони здоров'я, що мають у своєму складі різні профільні відділення (чоловічі й жіночі, наркологічне, інфекційне, туберкульозне, судово-психіатричне та ін.), у тому числі дитяче й підліткове відділення.

2. Спеціалізовані психіатричні лікарні в системі МВС (для примусового лікування особливо небезпечних психічно хворих, що зробили протиправні дії).

3. Психоневрологічні відділення при психоневрологічних диспансерах, великих соматичних лікарнях і військових госпіталях (для лікування хворих на гострі короточасні психози, неврози й реактивні стани, залишкові явища органічних ушкоджень головного мозку із психічними порушеннями й т.п.).

4. Денні й нічні стаціонари (при психіатричних лікарнях або психоневрологічних диспансерах) для долікування видужуючих психічно хворих і для проведення протирецидивних підтримуючих курсів лікування хворим, що перебувають під спостереженням психоневрологічних кабінетів і диспансерів.

5. Психоневрологічні санаторії (для дорослих і дітей).

6. Удома для інвалідів - психохроніків (для дорослих і дітей).

Структура психіатричної лікарні:

1. Профілізація лікувальних відділень: чоловічі й жіночі, для гостро захворівших і для хворих із затяжними формами психозів, наркологічне, геронтологічне, соматичне, туберкульозне, інфекційне (або ізолятор), дитяче й підліткове, судово-психіатричне, відділення неврозів, прийомне відділення ("санітарний пропускник"). У ряді психіатричних лікарень уведена система територіальної профілізації основних психіатричних відділень (відділення закріплені за певними районами міста й області, що забезпечує більш кращу спадкоємність у лікуванні хворих).

2. Профілізація допоміжних лікувальних служб лікарні: лікувально-трудова майстерня, аптека, рентгенівський кабінет, стоматологічний, хірургічний, офтальмологічний, ЛОР - кабінет, терапевтичний кабінет, фізіотерапевтичне відділення

3. Адміністративно-господарський апарат лікарні: головний лікар, його заступники, старші лікарі, господарська частина, бухгалтерія, медична

частина, архів, склади (речовий, продовольчий, для речей хворих і т.д.), харчоблок.

Завдання психіатричних стаціонарів:

- а) надання всіх видів стаціонарної лікувальної допомоги хворим;
- б) проведення всіх видів стаціонарної експертизи;
- в) розробка конкретних лікувальних і соціально-реабілітаційних рекомендацій для хворих, що виписуються;
- г) забезпечення спадкоємності в лікуванні й профілактиці з амбулаторними психіатричними установами;
- д) проведення профілактичної й санітарно-просвітньої роботи серед населення.

Важливими аспектами психіатричної допомоги, що одержали значний розвиток у нашій країні, є трудова терапія психічно хворих і створення умов залучення їх у суспільно корисну діяльність. Цей напрямок у психіатричній допомозі має глибокі традиції. Вітчизняними психіатрами були розроблені основи трудової експертизи й оцінки працездатності психічно хворих. Ера психотропної терапії дала нові докази необхідності залучення хворих у трудову діяльність. При створенні ПНД передбачалося включення в їхню структуру й лікувально-трудовах майстерень для того, щоб використати працю як потужний лікувальний фактор. Такі ж лікувально-трудова майстерні були створені й при психіатричних лікарнях. Пізніше при загальних промислових установах були організовані спеціалізовані цехи, де працювали хворі зі зниженою працездатністю. Однак, останнім часом у наслідок переходу більшості промислових установ у приватну власність, таких цехів й майстерень стає усе менше й менше.

Соціально-реабілітаційні установи.

1. Лікувально-трудова майстерні (ЛТМ) при психоневрологічних лікарнях і диспансерах.
2. Підсобні господарства при психіатричних лікарнях, реабілітаційні центри.
3. Санаторні школи (для дітей з астенічними станами).
4. Школи й групи для дітей з мовними й іншими порушеннями.
5. Інтернати й школи для розумово відсталих дітей.

Завдання соціально-реабілітаційних установ:

- а) проведення всіх видів соціально-реабілітаційних заходів відносно хворих й інвалідів, що перебувають у лікувальних установах і серед населення;
- б) відновлення працездатності й працевлаштування (у дітей – відновлення психічного здоров'я без переривання навчання);
- в) загальноосвітнє й виробниче навчання осіб з розумовою відсталістю;
- г) корегування аномальних форм поведінки у випадках патологічного розвитку особистості.

Таким чином, психіатрична допомога диференціюється з урахуванням контингенту хворих і правових умов її проведення. Незалежно від виду психіатричної допомоги вся її система будується навколо диспансеру.

Особливості роботи медичної сестри в психоневрологічному диспансері.

Положення, якими повинна керуватися медична сестра, яка працює в психоневрологічному диспансері:

1. Сестра медична ПНД належить до професійної групи «Фахівці».
2. Призначення на посаду сестри медичної ПНД та звільнення з займаної посади здійснюється наказом головного лікаря за поданою заявою з дотриманням вимог Кодексу законів про працю України.
3. Сестра медична ПНД у своїй роботі підпорядковується безпосередньо головній медичній сестрі закладу.
4. Вказівки сестри медичної ПНД в межах її компетенції є обов'язковими для виконання особами молодшого медичного персоналу.

Медична сестра психоневрологічного диспансеру зобов'язана:

1. У своїй роботі керуватися нормами чинного законодавства України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають порядок діяльності закладів охорони здоров'я.
2. Брати участь у лікувально-діагностичному процесі, виконувати лікарські призначення та проводити маніпуляції й процедури хворим згідно з профілем роботи. Виконувати роботу з дорученням дільничного лікаря-психіатра.
3. Здійснювати медичний огляд хворих у диспансері та на дому та вести диспансерне динамічне спостереження психічно хворих осіб. Забезпечувати явку хворого до диспансеру для здійснення необхідних заходів диспансерного спостереження. Щомісячно відвідувати на дому хворих з тенденціями до соціально-небезпечних дій та хворих, яким за рішенням суду призначено надання амбулаторно-примусової психіатричної допомоги.
4. Вести облік диспансерних хворих та заповнювати відповідну документацію:
 - ✎ алфавітну книгу обліку хворих, які проходять лікування у диспансері;
 - ✎ журнал реєстрації хворих, взятих на облік в поточному році (форма №0301У);
 - ✎ проводити реєстрацію листків про тимчасову втрату працездатності;
 - ✎ книгу обліку медикаментів виданих безкоштовно особам хворим на шизофренію, епілепсія та інвалідам першої та другої групи з психічного захворювання;
 - ✎ книгу реєстрації хворих, направлених на стаціонарне лікування;
 - ✎ щоденник роботи сестри медичної (облікова форма №0397-1У);
 - ✎ журнал обліку роботи, яку проводить медична сестра на дому (облікова форма №116/У з оформленням акту обстеження);
 - ✎ журнал санітарно-просвітницької роботи;
 - ✎ журнал реєстрації інвалідів ВВВ, першої, другої та третьої групи та учасників ВВВ;
 - ✎ журнал обліку роботи дільниці;

 складати звіти, в тому числі помісячні, поквартальні, піврічні, річні.

5. Володіти прийомами та навиками надання першої долікарняної допомоги при випадках травматичного пошкодження, кровотечі, отруєнні, утопленні, анафілактичному шоці, опіках, механічній асфіксії, алергічних станах, епілептичних нападах. Володіти методами проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекції. Дотримуватись вимог інструкцій з питань охорони праці та пожежної безпеки.

6. Дотримуватись принципів медичної етики. Необхідно мати чітке уявлення про відношення хворого до себе та своєї хвороби у зв'язку з широким спектром взаємозв'язаних соціальних, особистісно-психологічних питань та проблем.

7. Постійно удосконалювати свій професійний рівень.

Медична сестра психоневрологічного диспансеру має право ознайомлюватися з проектами рішень керівництва, що стосуються її діяльності. Вносити на розгляд безпосереднього керівника пропозиції щодо покращення роботи, пов'язаної з виконанням обов'язків. В межах своєї компетенції повідомляти безпосередньому керівнику про всі недоліки, виявлені в процесі її діяльності та вносити пропозиції щодо їх усунення. Медична сестра ПНД має право вимагати від керівництва сприяння у виконанні нею посадових інструкцій, давати вказівки особам молодшого медичного персоналу в межах своєї компетенції. Має право отримувати інформацію, необхідну для виконання своїх посадових обов'язків, самостійно приймати рішення в межах своєї компетенції, періодично в установленому порядку проходити атестацію на присвоєння чергової кваліфікаційної категорії.

Медична сестра, яка працює в психоневрологічному диспансері несе відповідальність за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків, помилкові дії чи бездіяльність, неприйняття рішень, що входять у сферу її компетенції, а також за невикористання своїх функціональних прав, що передбачені правилами внутрішнього трудового розпорядку, за завдання матеріальної шкоди, неякісне ведення медичної документації та недостовірність інформації в ній, за збереження всього інвентарю в кабінеті в межах, визначених чинним законодавством України.

Медична сестра, яка працює в ПНД повинна знати:

- ✓ Організацію роботи амбулаторно-поліклінічних закладів.
- ✓ Принцип надання лікувально-профілактичної допомоги хворим в амбулаторних умовах та на дому.
- ✓ Основи диспансеризації хворих.
- ✓ Фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення.
- ✓ Основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з хворими.
- ✓ Організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів.
- ✓ Правила оформлення медичної документації.

- ✓ Сучасну літературу за фахом.
- ✓ Безпечні прийоми та методи роботи. Дії при виникненні небезпечної ситуації.

Медична сестра в своїй роботі в психоневрологічному диспансері повинна керуватися чинним законодавством та нормативними документами:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000.
2. Наказ МОЗ України №20 від 22.01.2007. «Про затвердження інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги.»
3. Постанова Кабінету міністрів України № 1465 від 27.09.2000. «Про затвердження порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих.»
4. Наказ МОЗ України № 12 від 17.01.2002. «Про затвердження інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів.»
5. Наказ МОЗ і СБУ № 174/136 від 13.05.2002. «Про затвердження переліку психічних захворювань (розладів), які можуть завдати шкоди охороні державної таємниці і за наявності яких допуск до державної таємниці громадянинові не надається.»
6. Наказ МОЗ України № 346/877 від 19.12.2000. «Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади.»
7. Наказ МОЗ України № 397 від 08.10.2001. «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади.»
8. Постанова Кабінету міністрів України № 1303 від 17.08.1998. «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань.»
9. Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005. «Про затвердження правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень.»
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань № 532/274/136-ос/1406 від 03.11.2004. «Про затвердження зразка, технічного опису листка

непрацездатності та інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності.»

11. Наказ МОЗ України № 455 від 13.11.2001. «Про затвердження інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.»

12. Наказ МОЗ України № 11 від 21.01.2010. «Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України.»

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерство фінансів України № 454/471/516 від 08.11.2001. «Про затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років.»

14. Наказ МОЗ України № 183 від 07.04.2004. «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності.»

15. Постанова Кабінету міністрів України № 1192 від 02.08.2000. «Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним.»

16. Наказ МОЗ України № 363 від 26.12.2000. «Про затвердження форми висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу та інструкції про порядок його заповнення.»

17. Постанова Кабінету міністрів України № 926 від 12.11.1993 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти України № 25/2 від 29.01.1996 «Про затвердження інструкції про звільнення від перевірних і випускних екзаменів учнів середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів України за станом здоров'я. »

Особливості роботи медичної сестри в будинках-інтернатах для психічно хворих.

Положення, якими повинна керуватися медична сестра, яка працює в будинку-інтернаті для психічно хворих:

1. Сестра медична належить до професійної групи «Фахівці».
2. Сестру медичну наділено повноваженнями щодо здійснення безпосереднього нагляду за пацієнтами, їх догляду, забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та виконання лікарських призначень.
3. Сестра медична приймається на роботу та звільняється з неї відповідно до чинного законодавства за наказом головного лікаря (директора).
4. Сестра медична у своїй роботі підпорядковується безпосередньо головній медичній сестрі закладу.
5. Вказівки сестри медичної в межах її компетенції є обов'язковими для виконання особами молодшого медичного персоналу.

Медична сестра, яка працює в будинку-інтернаті для психічно хворих, зобов'язана:

1. У своїй роботі керуватися нормами чинного законодавства України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають порядок діяльності закладів охорони здоров'я.

2. Працювати за графіком роботи, який складається сестрою медичною старшою і затверджується за встановленим порядком.

3. Перевіряти наявність всіх пацієнтів на місці, в якому стані знаходяться хворі, які потребують особливого догляду і нагляду та належний стан приміщень відділення (закриті ванні кімнати, вхідні двері, вікна і таке інше) і лише після цього оформляє прийом-здачу чергування своїм підписом у журналі нагляду та догляду за хворими.

4. Розставляти на пости персонал чергової зміни та інструктувати його щодо нагляду та догляду за пацієнтами, інформувати про пацієнтів, які потребують особливої уваги, пояснюючи при цьому стан і поведінку таких хворих.

5. Контролювати процес здачі-прийому чергувань молодшим медичним персоналом. Видавати йому під підпис необхідні ключі від службових приміщень відділення.

6. Керувати роботою молодшого медичного персоналу, а також слідкувати за дотриманням ним інструкцій, вказівок. У випадку некоректного та неетичного відношення до пацієнтів, невиконання її розпоряджень, самовільного виходу з відділення, вона зобов'язана усунути винного працівника від роботи і направити його до завідувача відділення чи до чергового лікаря лікарні, доповісти сестрі медичній старшій. Всі зауваження і вказівки на неправильність в поведінці і недоліки в роботі молодшого медичного персоналу робить тільки у відсутності пацієнтів.

7. Слідкувати за дотриманням пацієнтами розпорядку дня і правил поведінки у відділенні. Не допускати внесення та використання у відділенні заборонених речовин та предметів.

8. Контролювати безпечне використання приміщень відділення. Забезпечувати дотримання у відділенні належного порядку, чистоти, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів.

9. При прийомі у відділення пацієнта:

- ✓ знайомитися з його психічним і фізичним станом, особливо звертати увагу на тілесні пошкодження і інші хворобливі ознаки. Записувати все помічене в журнал (спадини, синці – старі, свіжі, що тільки намічаються, сліди від ін'єкції, тощо);
- ✓ розміщувати його у палату та знайомити з режимом роботи відділення;
- ✓ контролювати якість проведення поточної і заключної дезінфекції палат, а також санобробки хворого.

10. Вести та зберігати документацію рівня виконання сестри медичної:

-  журнал нагляду та догляду за хворими;

- ✎ журнал про одержання, використання і витрату медикаментів, медінструментарія, перев'язувального матеріалу, в тому числі і тих медикаментів, що знаходяться на особливому обліку (отруйні, сильнодіючі);
- ✎ журнал про одержання, використання і витрату психотропних засобів та їх прекурсорів;
- ✎ журнал обліку процедур;
- ✎ журнал про одержання предметів догляду за хворими;
- ✎ журнал про передачу ключів від службових приміщень відділення.

11. За вказівкою лікаря, сприяти залученню пацієнтів до трудотерапії, турбуватися про їх культурно-організаційне дозвілля, відправляти пацієнтів на прогулянку, до лікувально-діагностичних підрозділів лікарні а також на побачення з відвідувачами, інструктувати при цьому молодших медичних сестер, щодо їх задач під час супроводу пацієнтів (якщо такий потрібен).

12. Прививати гігієнічні навички пацієнтам (миття рук перед прийомом їжі, проведення процедур особистої гігієни, стрижку нігтів, тощо), організовувати гігієнічний догляд за безпомічними пацієнтами та слідкувати за зовнішнім виглядом пацієнтів, знати особливості годування, догляду за ослабленими хворими, профілактику пролежнів.

13. Точно і своєчасно виконувати особисто і контролювати виконання підлеглим їй персоналом лікарських призначень: вимірювання температуру тіла; забирання біологічних матеріалів для лабораторних досліджень і направлення до лабораторії; готування пацієнтів до рентгенологічних, функціональних і лабораторних обстежень; забезпечування правильності зберігання та облік медикаментів; здійснення роздачі пацієнтам призначених лікарем ліків та забезпечування їх прийом у своїй присутності; у відсутності сестри медичної процедурного кабінету виконання лікарських призначення, щодо процедур (ін'єкції внутришньовенні, внутрищньом'язові, підшкірні, проводити забір крові з вен для аналізів, тощо), які вимагають спеціальних санітарно-гігієнічних, санітарно-протиепідемічних умов та вимог щодо асептики та антисептики.

14. Володіти прийомами та навиками надання першої долікарняної допомоги при випадках травматичного пошкодження, кровотечі, отруєнні, утопленні, анафілактичному шоці, опіках, механічній асфіксії, алергічних станах, епілептичних нападах. Володіти методами проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекції. Дотримуватись вимог інструкцій з питань охорони праці та пожежної безпеки.

15. Дотримуватись принципів медичної етики. Необхідно мати чітке уявлення про відношення хворого до себе та своєї хвороби у зв'язку з широким спектром взаємозв'язаних соціальних, особистісно-психологічних питань та проблем.

16. Постійно удосконалювати свій професійний рівень.

Медичній сестрі, яка працює в будинку-інтернаті для психічно хворих, забороняється:

 Розголошувати медичні та службові відомості стосовно пацієнтів, відомості про персональні дані співробітників та пацієнтів, інші відомості, віднесені до категорії конфіденційних, а також давати довідки про хворобу, стан і прогноз хвороби, а вразі виникнення таких питань рекомендувати звертатися до лікуючого лікаря або завідувача відділення.

 Під час роботи самостійно відлучатися з відділення.

 Спати або дрімати на посту, займатися справами, що не мають відношення до роботи і не пов'язані з безпосередньою діяльністю.

 Передоручати свою роботу іншим особам або пацієнтам.

 Ставати до роботи в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Вживати під час роботи алкогольні напої, наркотичні та інші засоби, які можуть негативно вплинути на психічний стан.

При роботі у будинку-інтернаті для психічно хворих медична сестра повинна знати всіх пацієнтів по прізвищах, особливості їхньої поведінки, їх відношення до себе та оточуючих осіб, а також пацієнтів, які знаходяться на особливому обліку, тобто схильних до псування одягу і білизни, відмови від їжі, призначені кожному пацієнту лікування і режим. При спілкуванні з пацієнтами відноситися до всіх рівно, не віддаючи переваги одного перед іншим. До неадекватної поведінки хворих ставитися спокійно, терпляче, без особистих образ, пам'ятаючи, що це прояв психічної хвороби. При виконанні різних заходів по відношенню до пацієнтів (в т.ч. у випадку збудження пацієнта) допомагати персоналу відділення. В процесі роботи зберігати тишу, запобігати шуму, грюканню дверима, голосним розмовам, в тому числі по мобільному телефону. Бути вдягнутою у чистий спеціальний (санітарний) одяг та взутою у відповідне до характеру виконуваної роботи взуття (без підборів, яке щільно облягає стопу), з підібраним під головний убір волоссям, без яркого макіяжу, без прикрас, з коротко підстерезеними нігтями без яркого лаку. Медична сестра повинна негайно доповідати завідувачу відділення, сестрі старшій медичній, а в разі їх відсутності, черговому лікарю лікарні про всі надзвичайні події у відділенні, про факти грубого порушення персоналом трудової дисципліни, про будь-які перешкоди її правомірній службовій діяльності.

Медична сестра, яка працює в будинку-інтернаті для психічно хворих, має право вносити свої пропозиції сестрі старшій медичній відносно поліпшення її роботи та роботи молодшого медичного персоналу. Має право отримувати необхідну для роботи інформацію і директивні документи від лікарів, старшої медичної сестри; давати вказівки, у межах її повноважень, для виконання підпорядкованому їй молодшому медичному персоналу і контролювати їх виконання. Може приймати участь у нарадах, на яких обговорюється робота медичних сестер; підвищувати свою професійну кваліфікацію на курсах підвищення кваліфікації, семінарах, конференціях, оволодівати новими методами і технологіями сестринського догляду; брати участь у всіх заходах, пов'язаних з підвищенням кваліфікації медичних

сестер. Має право на правовий та соціальний захист згідно чинного законодавства України.

У своїй роботі медична сестра будинку-інтернату для психічно хворих несе відповідальність за порушення трудової дисципліни, неналежне виконання правил внутрішнього трудового розпорядку, своїх посадових обов'язків, розпоряджень та вказівок осіб, яким вона підпорядкована та уповноважених на те осіб в межах їх компетенції, за недоліки та упущення у виконанні дорученої роботи, а також за бездіяльність та неприйняття рішень, які входять до сфери її компетенції, передбачених посадовою інструкцією. Відповідає за правопорушення, скоєні в процесі здійснення своєї діяльності, в межах визначених чинним адміністративним, кримінальним та цивільним законодавством України; за завдання матеріальної шкоди у порядку та межах згідно чинного законодавства України; за невиконання нормативно-правових актів (норм, правил, інструкцій, положень, тощо) з питань охорони праці та пожежної безпеки, правил безпечного поводження з устаткуванням та іншими засобами при виконанні своїх посадових обов'язків, не застосування засобів колективного та індивідуального захисту.

Медична сестра, яка працює в будинку-інтернаті для психічно хворих повинна знати:

- ✓ Нормальну та патологічну анатомію та фізіологію людини.
- ✓ Правила догляду за психічно хворими.
- ✓ Сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового дослідження; обстеження, лікування психічно хворих; особливості обстеження і догляду за психічно хворими; надання невідкладної долікарняної медичної допомоги.
- ✓ Фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення.
- ✓ Методи асептики та антисептики.
- ✓ Основні принципи проведення санітарно-профілактичної роботи з хворими.
- ✓ Організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів.
- ✓ Правила оформлення медичної документації.
- ✓ Правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням. Правила застосування засобів колективного та індивідуального захисту.
- ✓ Сучасну літературу за фахом.
- ✓ Безпечні прийоми та методи роботи. Дії при виникненні небезпечної ситуації.

Медична сестра в своїй роботі в будинку-інтернаті для психічно хворих повинна керуватися чинним законодавством та нормативними документами:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу» от 22.02.2000.
2. Наказ від 25.05.2000 № 120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

3. Наказ від 12.07.1989 № 408 «Наказ про заходи щодо зниження захворюваності вірусними гепатитами в країні».

4. Приказ Минздрав СССР №288 от 23.03.1976 «Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного санитарного надзора за санитарным состоянием лечебно-профилактических учреждений».

5. Наказ МЗ № 38 від 28.03.1994 «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педиккульозом».

6. Приказ МЗ Украины № 360 от 19.07.2005. «Про затвердження правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень».

7. Приказ МЗ Украины № 11 от 21.01.2010. «Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України».

Використання фізіотерапевтичних процедур при психічних захворюваннях.

Завдання фізіотерапії при психічних захворюваннях: підвищення загальної резистентності й реактивності організму, нормалізація основних нервових процесів, функцій вегетативної нервової системи, усунення окремих симптомів захворювання (головного болю, порушення сну, розладів полові функції) лікування супутніх захворювань. Фізичні методи відіграють важливу роль у відбудовному лікуванні психічно хворих.

Основні принципи лікування.

Призначенню фізіотерапевтичних процедур передують психотерапевтична підготовка пацієнта до даного виду лікування. Фізіотерапевтичні процедури проводяться, в один час, в однаковій обстановці, тим самим медичним працівником. План лікування передбачає індивідуалізовані форми фізіотерапії, їхнє сполучення, послідовність й обсяг з урахуванням віку, характеру психічного й супутнього захворювання, психічного й загального стану, етапу відбудовного лікування.

На першому етапі звичайно застосовуються заспокійливі й загальнозміцнювальні процедури: анодні, бромисті, магнієві, новокаїновий комір по Щербаку, при поганий переносимості – масаж коміркової зони, електросон, електрофорез броду по Вермелю, аероіонізація коміркової зони по Финогенову, водолікувальні процедури індиферентної температури (прісні, соляно - хвойні, кисневі, азотні ванни), вологі вкатування, різні види аероінгаляційної терапії й лікувальної фізкультури.

На другому етапі застосовуються методи загального тонізуючого впливу: різні види електросвітлолікування, катодний, кальцієвий коміри по Щербаку, опромінення штучними джерелами світла. При включенні у

фізіотерапевтичний комплекс засобів тонізуючого впливу враховується двухфазність їхньої дії (збуджуючи в першій фазі, у другій фазі вони нерідко роблять седативну дію).

У процесі лікування враховуються можливі наслідки фізіотерапії, розвиток бальнеологічної реакції, взаємне посилення або гальмування дії фізіопроцедур при їхньому одночасному застосуванні. Для уточнення методики лікування й чутливості до фізіотерапевтичних впливів хворим попередньо рекомендується проводити одну – дві псевдо процедури, але при дотриманні всіх умов методики передбачуваного лікування (за винятком електричного впливу). Після цього вирішується питання про доцільність електролікування або його корекції. Цю ж методику можна використати для вивчення плацебо - ефекту з метою визначення особливостей сугестивності пацієнта, що дає можливість підвищити ефективність фізіотерапії за рахунок посилення.

Медико-соціальна експертиза хворих.

Основними принципами медико-соціальної експертизи є: державний характер, профілактичний напрямок, науково обґрунтований підхід до визначення ступеня і тривалості втрати працездатності, постійний лікарський контроль за змінами у стані непрацездатного.

Медико-соціальна експертиза – це дослідження працездатності людини, проведене лікарями з метою визначення ступеня і тривалості його непрацездатності.

Головним завданням органів експертизи є не встановлення факту непрацездатності, а якнайшвидше відновлення здоров'я та працездатності, найбільш раціональне і повне використання праці осіб з обмеженою працездатністю без шкоди для їх здоров'я, з максимальною користю для трудящих і виробництва.

Працездатність – це сукупність фізичних і психічних здібностей вроджених і набутих, які дозволяють людині брати активну участь у суспільно корисній праці і виконувати роботу певного обсягу і якості.

У своїй практичній діяльності лікарям часто доводиться вирішувати питання про те, втрачена працездатність взагалі або тільки професійна, визначати ступінь і тривалість непрацездатності, що настала у людини внаслідок захворювання, нещасного випадку або інших причин.

Найважливішим завданням медико-соціальної експертизи є встановлення непрацездатності, яка зумовлює лікування і режим, необхідні для її відновлення і поліпшення здоров'я людини. Встановлення непрацездатності гарантує трудящим право на звільнення від роботи і виплату допомоги за рахунок коштів соціального страхування, безкоштовне лікування, працевлаштування.

Таким чином, встановлення непрацездатності має медико-біологічне, соціальне та юридичне значення, є важливою і відповідальною завданням лікаря, що вимагає необхідних медичних знань, практичного досвіду та

обов'язкового врахування конкретних умов праці, трудового анамнезу непрацездатного.

Найбільш частими причинами настання непрацездатності є захворювання. Однак, при одному і тому ж захворюванні в залежності від професії, умов праці та трудового навантаження захворілого питання про його працездатності може вирішуватися по-різному.

В залежності від тривалості, розрізняють:

а) тимчасову непрацездатність;

б) стійку непрацездатність (інвалідність), основним розходженням між якими є клінічний і трудовий прогноз, тобто передбачення перебігу і результату хворобливого процесу і термінів можливого відновлення працездатності.

Залежно від ступеня втрати працездатності може спостерігатися повна або часткова непрацездатність. При повній непрацездатності людина внаслідок захворювання не може і не повинна виконувати ніякої роботи і потребує спеціального лікувального режиму. Якщо ж непрацездатний без шкоди для здоров'я і виробництва може виконувати іншу або ж колишню роботу, але в інших умовах або не в повному обсязі, непрацездатність вважається частковою.

Тимчасова непрацездатність – це неможливість хворим виконувати роботу взагалі або за своєю професією. Така непрацездатність настає в зв'язку із захворюванням і носить, відносно короткочасний, тимчасовий характер.

При встановленні лікарями лікувально-профілактичних установ тимчасової непрацездатності працюючим, видається листок непрацездатності, а в окремих випадках, передбачених законодавством, – довідка (наприклад, студентам). Обидва ці документи мають юридичне та статистичне значення, так як засвідчують тимчасову непрацездатність і виправдовують невихід на роботу, а також служать для обліку та аналізу непрацездатності.

Особи, які тривало хворіють, повинні направлятися лікувально-профілактичним закладом на огляд МСЕК не пізніше 4 місяців з дня настання тимчасової непрацездатності або не пізніше 5 місяців при повторних випадках по одному і тому ж захворюванню за останні 12 місяців.

Якщо після проходження МСЕК хворий визнаний інвалідом, видача листка непрацездатності припиняється з дня винесення висновку МСЕК про встановлення інвалідності незалежно від її причин та групи. Якщо ж за висновком МСЕК немає підстав вважати хворого інвалідом, листок непрацездатності підлягає продовженню в установленому порядку.

У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, видається листок непрацездатності з обов'язковою відміткою причини в ньому, а також в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

Стійка непрацездатність або інвалідність – це тривала або постійна втрата працездатності, що виникла внаслідок хронічного

захворювання або травми, що призвели до значного порушення функцій організму.

Інвалідність може характеризуватися повною втратою працездатності, коли:

1) всяка праця внаслідок вираженого порушення функцій хворому недоступна або протипоказана;

2) у спеціально створених для інваліда умовах, праця для нього може бути доступною;

3) хворому доступна робота в звичайних умовах професійної праці, але більш низької кваліфікації або значно меншого обсягу порівняно з тією, яку він виконував до інвалідності.

В основі визначення непрацездатності та встановлення тієї чи іншої групи інвалідності лежить комплексний метод обстеження, який включає всебічне клінічне обстеження хворого, що дозволяє виявити стан функцій організму, вивчення характеру впливу професійних факторів на організм трудящого.

При невеликому ступені стійкого порушення працездатності, при якій відсутнє значне зменшення обсягу виробничої діяльності або немає необхідності переходу на менш кваліфіковану і оплачувану роботу, група інвалідності не встановлюється, ЛКК лікувальних установ дають висновок про переведення на полегшені умови праці. У всіх інших випадках стійкої непрацездатності, і в залежності від тяжкості захворювання, ступеня порушення функцій, клінічного та трудового прогнозу встановлюється одна з наступних трьох груп інвалідності.

I група інвалідності встановлюється хворим, які не можуть себе обслуговувати, і потребують постійної сторонньої допомоги, догляду або нагляду. До них відносяться не тільки особи з повною втратою працездатності, але також і ті, які можуть бути пристосовані до окремих видів трудової діяльності в особливо створених індивідуальних умовах.

II група інвалідності встановлюється при виражених порушеннях функцій організму, проте не викликаючих повної безпорадності. До цієї групи відносяться особи, у яких настигла повна тривала повна непрацездатність, але які потребують постійного догляду, а також особи, у яких в момент огляду порушення функцій не настільки важкі, але тим не менше їм всі види праці на тривалий період протипоказані внаслідок можливості погіршення перебігу захворювання під впливом трудової діяльності.

III група інвалідності встановлюється при значному зниженні працездатності, коли: а) за станом здоров'я необхідний перехід на роботу за іншою професією, більш низької кваліфікації; б) необхідні значні зміни умов роботи за своєю професією, що призводять до значного скорочення обсягу виробничої діяльності; в) значно обмежені можливості працевлаштування унаслідок виражених функціональних порушень у осіб з низькою кваліфікацією або тих, хто раніше не працювали.

Інвалідність встановлюється на певний термін (1-3 роки) або безстроково. По закінченню зазначеного в довідці про інвалідність терміну інваліди підлягають повторному огляд з метою динамічного спостереження, а також перевірки правильності діагнозу і трудового прогнозу.

На кожного хворого, який підлягає спрямуванню на МСЕК, лікуючий лікар заповнює "Направлення на МСЕК", в якому відображає динаміку захворювання, ефективність проведеного лікування, наводить дані клінічного, лабораторного і додаткового методів дослідження, висновки консультантів. При заповненні направлення слід звертати увагу на формулювання діагнозу. Він повинен бути обов'язково повним, із зазначенням ступеня порушення функцій і типу перебігу захворювання. Крім медичних даних про хворого, який працює, наводяться відомості про характер і умови праці, про те, як він справляється з роботою.

Трудова та соціально-психологічна реабілітація психічно хворих.

Реабілітація (лат. *rehabilitatio* - відновлення в правах) – система медичних, психологічних і соціальних заходів, що запобігають подальшому розвитку хвороби, втраті працездатності і спрямовані на найбільш раннє й ефективне повернення хворих і інвалідів до суспільно корисної праці й активного соціального життя. Лікування хвороби може здійснюватися без спеціальних реабілітаційних заходів, але реабілітація включає також лікувальні засоби для досягнення поставлених нею цілей. Найважливіше завдання реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) і соціального (в очах оточуючих) статусу хворого – сімейного, трудового, суспільного.

Принцип *партнерства* передбачає постійну апеляцію до особистості хворого, спільні та узгоджені зусилля лікаря і хворого в постановці завдань і виборі способів їх вирішення. Принцип *різноманітності впливів* вказує на необхідність використання системи різноманітних засобів і заходів - від біологічного лікування до різних видів психотерапії та соціотерапії, при чому об'єктом впливів стають і сам хворий, і його близькі, і оточення. Принцип *єдності* психосоціальних і біологічних методів впливів відображає єдність лікування хвороби, впливу на організм хворого і реабілітації самого хворого. Принцип *ступінчастості* включає поетапний перехід від одних реабілітаційних заходів до інших.

У процесі реабілітації умовно виділяються три етапи.

Перший етап – відновна терапія – здійснюється в стаціонарах і напівстаціонар. Поряд з необхідним, а при потребі і інтенсивним біологічним лікуванням використовують комплекс заходів, спрямованих на попередження інвалідизації, розвитку психічного дефекту. Широко використовуються психотерапія, включаючи групову і сімейну, лікування зайнятістю, різні види соціотерапії. Від щадного режиму в гострому періоді хвороби переходять до активуючого (самообслуговування, самодіяльність, участь в лікарняному самоврядуванні).

Другий етап – реадаптація – починається в стаціонарних і напівстаціонарних умовах і продовжується в позалікарняних умовах. Поряд з підтримуючою біологічною терапією застосовують трудову терапію, при потребі навчання новій професії. Мета сімейної психотерапії-адаптація хворого до сім'ї і родини до хворого.

Третій етап – реабілітація – у власному сенсі слова включає раціональне працевлаштування і побутовлаштування, залучення в активне соціальне життя.

Соціально-психологічна реабілітація – відновлення чи формування недостатніх або втрачених в умовах порушених в результаті хвороби, когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості, навичок, знань, умінь взаємодіяти, вирішувати проблеми, використовувати стратегії подолання психічно хворими вад соціальної адаптації, що забезпечують їх інтеграцію в суспільство. Для цього використовують комплекс психосоціальних впливів, спрямованих на відновлення потенціалу самого хворого. Це робить можливим для хворого досягнення більш повного або рівного з іншими положення в суспільстві. Важливе, якщо не вирішальне, значення має активна участь самого хворого в реабілітаційному процесі.

Функція безпосереднього соціально-психологічного впливу на хворого переважає в реабілітаційних заходах. Це численні орієнтовані на хворого частіше групові, а також індивідуальні форми роботи, засновані на різних програмах; вони включають і найближче соціальне оточення. До них відносять тренінги соціальних навичок, спілкування, самоповаги, впевненої поведінки, незалежного проживання, психоосвітні програми, навчання стратегії совладання із залишковими психотичними симптомами; а також сімейну терапію, яка використовує проблемно-роздільну, поведінкову і психоосвітню методику.

Це не менш значимий комплекс терапевтичних впливів, ніж біологічна терапія. В якості індикаторів результативності соціально-психологічних впливів використовують, поряд з клінічними показниками (вираженість психічних розладів в динаміці, тривалість ремісій, частота загострень і регоспіталізацій), також інші характеристики результатів – соціальні навички і соціальне пристосування, якість життя, працевлаштування, полегшення сімейного тягара, рівень знань про хворобу (при психоосвітній методиці).

При тривалому застосуванні практично всіх методик слід уникати виникнення залежності від них і забезпечувати, наскільки це можливо, автономію хворого. Досягнення соціальної компетентності і, отже, автономії хворих – одна із основних цілей соціально-психологічної реабілітації.

Виходячи з змістовної сторони соціально-психологічної реабілітації, її етапність може бути представлена наступним чином:

1. Етап активних соціальних впливів – використання різних форм соціально-психологічних впливів з урахуванням обумовлених психіатричними розладами особливостей соціальної дезадаптації.
2. Етап практичного освоєння наближених до колишніх або нових для хворого рольових функцій і соціальних позицій.

3. Етап закріплення і підтримки неповного або повного соціального відновлення.

Працевлаштування – лише частина проблеми трудової реабілітації. Крім залучення в трудові процеси важливі також повернення в трудовий колектив і його вплив на хворого, відновлення зв'язків з мікросоціального оточення, зміна положення працюючого індивіда в суспільстві.

Найбільш значуще місце в системі соціально-трудової реабілітації займали такі організації:

1. Мережа лікувально-трудових майстерень, при психоневрологічних диспансерах і психіатричних лікарнях, які забезпечували трудову зайнятість досить значної частини психічно хворих, які отримували лікування в лікарнях, а також навчання та перенавчання новим професіям психічно хворих – інвалідів, які перебували під наглядом в психоневрологічних диспансерах.

2. Спецдеха на звичайних підприємствах, в які працевлаштовувалися в якості робітників і службовців не тільки інваліди, але й психічно хворі, які не мають інвалідності, які відчувають труднощі в пошуках роботи або не утримуються на роботі при самотійному працевлаштуванні.

3. Робота на звичайних підприємствах при частковій втраті працездатності (інваліди III групи), при отриманні обмежень по своїй професії. Це особи, які потребували більш щадних умов праці, а також частково, більш важкі інваліди.

Економічна криза 1990-х років суттєво позначилася на всіх організаційних формах, створених для трудової реабілітації психічно хворих.

В даний час індивідуальне працевлаштування інвалідів на підприємствах загального виробництва є більш реальним і перспективним у порівнянні з іншими формами залучення психічно хворих в трудові процеси, що повинно враховуватися фахівцями з соціальної роботи та соціальними працівниками позалікарняних установ.

Працевлаштування психічно хворих – одне із завдань по реабілітації з надання підтримки, що входить в обов'язки спеціалістів із соціальної роботи та соціальних працівників.

ДОДАТОК 1 ЗАКОНОДАВСТВО ТА НОРМАТИВНА БАЗА

Нормативні документи, які регламентують підготовку медичних сестер.

Програма з психіатрії у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації та на факультетах і відділеннях вищої медсестринської освіти у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації, закладах підвищення кваліфікації медичних сестер, організація безперервного навчання сестринського персоналу закладів охорони здоров'я всіх рівнів і типів надання допомоги з нормативним терміном навчання. Кінцеві цілі з дисципліни однакові й тому складена єдина програма з психіатрії для зазначених спеціальностей.

Програма складена у відповідності з наступними нормативними документами:

- освітньо-кваліфікаційними характеристиками (ОКХ) і освітньо-професійними програмами (ОПП) підготовки фахівців, затвердженими наказом МОН України від 16.04.03 за №239 “Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 “Медицина”;

- експериментальним навчальним планом, розробленим на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) і затвердженим наказом МОЗ України від 31.01.2005 за №52 “Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня “Магістр” кваліфікації “Сестринська справа” у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України;

- рекомендаціями щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін, затвердженими наказом МОЗ України від 24.03.2004 за №152 “Про затвердження рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін” зі змінами та доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 12.10.2004 за №492 “Про внесення змін та доповнень до рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін”;

- наказом МОЗ України від 31.01.03 за №148 “Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти”;

- інструкцією про систему оцінювання навчальної діяльності студентів за умови кредитно-модульної системи організації навчального процесу (Медична освіта у світі та в Україні. Затверджено МОЗ України як навчальний посібник для викладачів, магістрів, аспірантів, студентів. Київ. Книга плюс. 2005).

Програма структурована на модулі, змістові модулі, теми у відповідності до вимог “Рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін” (Наказ МОЗ України № 492 від 12.10.2004.).

Нормативні документи, які регламентують працю медичних сестер.

Медична сестра в своїй роботі в психоневрологічному диспансері повинна керуватися чинним законодавством та нормативними документами:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000.
2. Наказ МОЗ України №20 від 22.01.2007. «Про затвердження інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги.»
3. Постанова Кабінету міністрів України № 1465 від 27.09.2000. «Про затвердження порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих.»
4. Наказ МОЗ України № 12 від 17.01.2002. «Про затвердження інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів.»
5. Наказ МОЗ і СБУ № 174/136 від 13.05.2002. «Про затвердження переліку психічних захворювань (розладів), які можуть завдати шкоди охороні державної таємниці і за наявності яких допуск до державної таємниці громадянину не надається.»
6. Наказ МОЗ України № 346/877 від 19.12.2000. «Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади.»
7. Наказ МОЗ України № 397 від 08.10.2001. «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади.»
8. Постанова Кабінету міністрів України № 1303 від 17.08.1998. «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань.»
9. Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005. «Про затвердження правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень.»
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань № 532/274/136-ос/1406 від 03.11.2004. «Про затвердження зразка, технічного опису листка

непрацездатності та інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності.»

11. Наказ МОЗ України № 455 від 13.11.2001. «Про затвердження інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.»

12. Наказ МОЗ України № 11 від 21.01.2010. «Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України.»

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерство фінансів України № 454/471/516 від 08.11.2001. «Про затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років.»

14. Наказ МОЗ України № 183 від 07.04.2004. «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності.»

15. Постанова Кабінету міністрів України № 1192 від 02.08.2000. «Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним.»

16. Наказ МОЗ України № 363 від 26.12.2000. «Про затвердження форми висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу та інструкції про порядок його заповнення.»

17. Постанова Кабінету міністрів України № 926 від 12.11.1993 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти України № 25/2 від 29.01.1996 «Про затвердження інструкції про звільнення від перевірних і випускних екзаменів учнів середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів України за станом здоров'я. »

ДОДАТОК 2.

ДОДАТОК 2. СТАНДАРТИ ДОГЛЯДУ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЗА ПСИХІЧНО ХВОРИМИ ПАЦІЄНТАМИ

	Втручання медичної сестри	Обґрунтування втручання
Тривога	Встановлення довірливих відносин з пацієнтом, визначення стресора, що провокує тривогу. Види діяльності, що сприяють зменшенню напруги (прогулянка пішки, музичні заняття, групові ігри, спортивні ігри з помірним навантаженням). Створення атмосфери спокою. Переконання пацієнта в фізичній та психологічній безпеці. З'ясувати які відчуття переживає пацієнт у відповідь на стресор. Допомогти пацієнту розпізнати обставини, які передують появі тривоги. Розробити варіанти реакцій у відповідь на ситуації, які спричинили тривогу. Нехай пацієнт згадає, як знімався стрес в минулому. Навчити пацієнта розпізнавати ознаки наростаючої тривоги та призвести способи, які перешкоджають її розвитку (це можуть бути медикаменти). Вказати, куди звертатися пацієнтові при наростаючій тривозі.	Встановлення контакту з пацієнтом. Зняття внутрішньої напруги. Тривога легко передається від однієї людини до іншої. Розроблений план додає пацієнтові впевненості впоратися з ситуацією. Постійна співпраця і партнерство з пацієнтом. Повна інформація про медикаменти.
Порушення сну	Спостереження за схемою сну. Створити середовище з низьким рівнем подразників. Вести точні записи про структуру сну пацієнта, зв'язок з порушенням сну. Спробувати бути поряд з пацієнтом, поки він не засне. Прослідкувати за харчуванням і вживанням напоїв, особливо тих, які містять кофеїн. Релаксація (спокійна музика, тепла ванна, легке розтирання спини), релаксуючі вправи. Режим сну.	З'ясування проблеми (страх, тривога, ситуаційні розлади). Присутність людини знімає страх, викликає почуття безпеки, довіри, сприяє сну, виробляє звичний ритм відпочинку.
Страх	Переконувати пацієнта в безпеці. З'ясувати у пацієнта, що можна змінити і що не можна. Зменшення соматичних і фізичних відчуттів, що стимулюють страх. Заохочення	Пацієнт відчуває страх за своє життя. Пацієнт повинен прийняти фактичну ситуацію, зрозуміти, що змінити

	пацієнта в прагненні з'ясувати глибинні переживання, які посилюють страх. Допомогти пацієнту відкрито подивитися на ці переживання і не придушувати їх. "Висловлювання" переживань	можна, а що змінити не можна.
Налаштованість на насильство щодо себе	Спостереження за суїцидальними формами поведінки: а) словесними висловлюваннями; б) невербальними формами поведінки; в) коливаннями настрою. З'ясувати думки про суїцид, чи був у пацієнта план, як здійснити суїцид. Створити пацієнтові безпечну навколишнє середовище. Прибрати всі потенційно небезпечні предмети. Укласти з пацієнтом домовленість на певний період, що він не буде наносити собі ушкоджень. Стимулювати висловлювання пацієнта про переживання. Пацієнт повинен виражати свій гнів у загальноприйнятих межах. Фізичні вправи з навантаженням. Навчити пацієнта користуватися системою підтримки при "поганих" думках - телефон довіри.	Ризик суїциду зростає за наявності плану. Безпека - пріоритет нагляду медсестри на даному етапі. Обговорення проблем суїцидальних переживань викликають довіру. Пацієнт повинен висловлювати свій гнів, спрямований на себе. Фізична діяльність знімає приховану напругу. План пошуку допомоги може усунути прагнення до суїциду, змінювати форми поведінки пацієнта. Розробити план роботи з пацієнтом, з психологом і лікарем.
Патологічна реакція горя	Обговорити з пацієнтом форми поведінки, пов'язані з горем. Встановити довірливі відносини з пацієнтом. Стимулювати пацієнта виражати свої переживання відкрито, розповідати про свій гнів. Велика рухова активність. Пояснити хворому, що відчуття гніву, провини завжди супроводжує реакцію горя. При розвитку негативних думок, навчити пацієнта методиці "стоп-думка". Позитивний зворотній зв'язок. Стимулювати духовні потреби пацієнта. Допомогти переглянути своє ставлення до втрати.	Довіра - основа терапевтичних відносин з пацієнтом. Зміцнюється довіра пацієнта. Сильні фізичні навантаження знімають приховане напруження. Позитивний зворотній зв'язок підвищує самооцінку пацієнта.

Порушення самооцінки	Допомогти пацієнту концентруватися на сильних сторонах, досягненнях (це створює позитивні думки стосовно себе). Зводити до мінімуму концентрацію на невдачах, допомогти долати страх невдачі. Стимулювати участь у групових заходах, де пацієнт може отримати позитивну зворотний зв'язок. Разом з пацієнтом зробити письмовий перелік позитивних і негативних рис своєї особистості. Обговорити кожен пункт, скласти план зміни негативних рис. Допомогти у виконанні плану. Допомогти пацієнту.	Підсилює почуття власної гідності. Зменшує відчуття нікчемності, незначущості. Самостійне функціонування для взаємодії з іншими людьми.
Соціальна ізоляція (відсутність довіри, перебування наодинці, завантаженість власними думками)	Дії на розвиток довіри. Часті короткі контакти. Прояв пошани і занепокоєння про пацієнта. Надавати підтримку пацієнту в лікарні, будинку навчити цьому родичів. Бути з пацієнтом чесним і виконувати всі обіцянки. Прийом медикаментів. Обговорити з пацієнтом ознаки зростаючої тривоги і методи для обриву такої реакції (релаксуючі вправи, метод "стоп-думок"). Схвалення і позитивне підкріплення добровільних взаємодій пацієнта з іншими особами.	Підкріплення віри в хворого як у цінне людське створення. Захист емоційної сфери пацієнта. Розвиток довірчих відносин. Медикаменти зменшують психотичну симптоматику. Підвищення самооцінки.
Порушення соціальної взаємодії (порушене спілкування з людьми)	Обмежити маніпулятивні форми поведінки пацієнта. Не сперечатися з пацієнтом, не йти на компроміси, не намагатися вмовляти. Виявляти впевненість, заявити про обмеження. Погоджувати такі дії всьому персоналу. Допомогти пацієнту зрозуміти, які форми поведінки порушують задовільні відносини з людьми. Позитивне підкріплення неманіпулятивної форми поведінки. З'ясуйте переживання пацієнта і допоможіть знайти спосіб впоратися з ним. Допомогти пацієнту проаналізувати різні форми своєї поведінки. Допомогти пацієнту визначити.	Пацієнт не може встановлювати власні обмеження. Це потрібно зробити за нього. Сталість і послідовність виконання. Пацієнт повинен брати на себе відповідальність за власну поведінку. При підвищенні самооцінки зменшується маніпулятивна поведінка.

Зміна процесів мислення (маніакальне мислення, порушення орієнтації в часі, власної особистості, події, неадекватне або не заснований на реальності мислення)	Орієнтувати пацієнта у власній особистості, в навколишньому середовищі. Використовувати годинник, календар, розклад режиму дня. Позитивна зворотній зв'язок з пацієнтом. Вчити родичів, як орієнтувати пацієнта в часі, місці, власній особі і необхідних ситуаціях. Спілкування з пацієнтом на самоті. Застосовують у розмові з пацієнтом прості пояснення. Застосування жестів. При підозрілості пацієнта в результаті марення, обговорити можливі негативні для нього моменти підозрілості по відношенню до інших людей. Підкріплювати реальне сприйняття людей до ситуації. Повідомити пацієнта з маренням, що ці маревні ідеї не сприймає як реальність. Не оскаржувати і не заперечувати переконаність пацієнта. Підкріплення дійсності і зосередження на ній. Бесіда про реальних людей і реальні події.	Підвищення самооцінки Родичі несуть відповідальність і допомагають пацієнту після виписки зі стаціонару. Повільна мова обличчям до обличчя, підкріплена жестами, ефективна при роботі з немолодими пацієнтами зі зниженим слухом. Довіра сприяє появі сумнівів у пацієнта щодо марення. Ідеї марення не усуваються запереченням, але заперечення заважає розвитку довіри.
Нездатність дотримуватися особистої гігієни (самостійно вмиватися)	Спостерігати за життєдіяльністю шкіри і її чистотою, виділеннями потових і сальних залоз. Часткову обробку шкіри робити вранці і ввечері, (при необхідності) 1 раз на 10 дні проводити купання з зміною постільної і натільної білизни. Заохочувати пацієнта виконувати самостійно повсякденні види діяльності.	Ці знання необхідні для того, щоб скласти адекватний план надання допомоги пацієнту. Неможливість самостійно проводити гігієнічні ванни з зміною постільної і натільної білизни.
Нездатність дотримуватися особистої гігієни (ходити в туалет)	Контроль за регулярної дефекацією і сечовиділенням у пацієнта. Включити в раціон харчування продукти, які сприятимуть послаблюючій дії на кишечник. Пропонувати пацієнтові кілька разів на день самостійно сходити в туалет. Роз'яснити пацієнту про важливість дії дієти. З'ясувати зв'язок нездатності ходити з етіологією (депресія, залежність). Після дефекації щоразу ретельно доглядати за шкірою.	Профілактика хвороб шкіри і пролежнів Профілактика запорів. Комфорт і безпека пацієнта є пріоритетом у справі сестринського нагляду.

	Пропонувати пацієнтові користуватися судном, памперсами. Допомогти пацієнту при нездатності самостійно ходити в туалет.	
Хронічний біль: відчуття болю у пацієнта протягом 6-ти місяців	Забезпечити повноцінний сон. Контроль маси тіла. Контроль прийому їжі. Забезпечити навколишнє середовище з низьким рівнем подразників. Відволікати пацієнта від думок про хронічну чи невиліковної хвороби. Контроль за вживанням знеболюючих засобів. З'ясувати причину страху, тривоги, наявність галюцинацій. Проводити з пацієнтом бесіди. З'ясувати емоційний стан (страх, тривогу, голосу). Спостерігати за поведінкою пацієнта.	Останній відпочинок пацієнта. Не допустити зниження маси тіла пацієнта, ослаблення. Забезпечити раціональне харчування.
Високий ризик асфіксії	Контроль за кількістю дихальних рухів. Контроль за глибиною вдиху. Контроль за прийомом їжі, адекватністю харчування. Слідкувати за пацієнтами, щоб сторонні предмети не попали в порожнину носоглотки. Чітке виконання лікарських призначень в разі внутрішньої хвороби. Пояснювати пацієнтові про шкідливість куріння. Бути присутнім при споживанні їжі та забезпечити її подрібнення у разі потреби. Навчити пацієнта виконувати оздоровчі вправи. Своєчасно видавати ліки пацієнту. Заспокоїти пацієнта. Надати доступ свіжого повітря, розстебнути стискаючий одяг, при необхідності надати кисневу терапію.	При повільному вживанні їжі знизиться ризик виникнення механічної асфіксії. Відмова від куріння знижує ризик асфіксії. Безпека пацієнта є пріоритетом в сестринській догляді. Емоційне збудження посилює ризик виникнення задухи. При неефективності заходів-ШВЛ.
Розлад мови, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, яке проявляється у вигляді заїкання (мовне порушення)	Потрібно встановити з дитиною психологічний контакт; Забезпечити пацієнтові необхідне йому оточення; Проводити регулярні заняття з логопедом, психологом, психотерапевтом; Допомогти дитині стримувати призначений йому режим мовчання; Забезпечити зайнятість за допомогою вихователів; Допомагати підказкою при особливо вираженою мовної судорозі;	

	Підтримувати зв'язок з батьками, пояснюючи їм порядок логопедичних вправ.	
Розлади сну, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, проявляються в ходінні у ві сні, говоріння у ві сні.	Потрібно забезпечити контроль і запис в історії хвороби і сестринській картці епізодів ходінні у ві сні і говоріння у ві сні; Перед сном надати пацієнтові можливість для спокійних занять та ігор; Під час ходінні у ві сні заспокоїти дитину, запобігти можливості падіння; Епізоди говоріння у ві сні детально описати всі в медичній документації (виразність, гучність мови , час); Протягом дня з'ясувати у дитини характер його снів, про їх зміст повідомити лікаря; Забезпечити комфортне перебування пацієнта у відділенні з урахуванням його схильностей (ізоляція або група).	
Рухові порушення, внаслідок органічних уражень центральної нервової системи, проявляються в стереотипних жестах (тики).	Слід забезпечити контроль за поведінкою хворого, встановити з пацієнтом психологічний контакт; Непомітно для дитини спостерігати за проявом рухової активності, характером і часом виникнення рухів; Чи не загострювати увагу хворого на звичних для нього жестах; Захистити дитину від насмішок і засудження інших дітей; Різними способами відволікати пацієнта від стереотипних жестів, замінюючи їх більш цікавими "подразниками" (іграми, музикою тощо); Забезпечити зайнятість дитини з вихователями; Пояснити батькам і медичному персоналу відділення, що не потрібно робити зауважень дитині при прояві у нього стереотипічних рухів і жестів.	
Порушення соціальної та шкільної адаптації, які обумовлені легкою розумовою відсталістю (парціальним недоумством), яке	Необхідно встановити з дитиною контакт. Провести психологічний тренінг батьків. Залучати пацієнта до індивідуальних і групових занять із залученням вихователів. Забезпечити зайнятість дитини	

виявляється у зниженні пізнавальних здібностей	стимулюючої ігровою діяльністю, уроками психолога, педагога і логопеда. Створити позитивну емоційну атмосферу для зняття стомлюваності і слабкості у хворого. Забезпечити дитині прогулянки на свіжому повітрі. Дітям з художніми нахилами дати можливість займатися ліпленням з глини і пластиліну.	
Порушення поведінки, які обумовлені мікросоціальною і педагогічною занедбаністю, які у вигляді пагонів з сім'ї і бродяжництві (порушення соціальної поведінки)	Необхідно забезпечити суворий нагляд та контроль за поведінкою дитини. Встановити з пацієнтом психологічний контакт. Організувати дитині заняття з залученням вихователів. Укласти з хворим договір, за яким він буде вести себе відкрито, без боязні довіряти свої плани медичної сестри. Дати відчуття дитині, що він потрібен, затребуваний і має безліч позитивних якостей. Проводити сімейне консультування батьків з питань поліпшення взаємин.	
Порушення емоційної сфери, які обумовлені аутизмом, які проявляються в небажанні спілкуватися з оточуючими	Слід встановити з дитиною психологічний контакт. Ввести спостереження за дитиною, непомітне для нього. Залучати пацієнта до ігрової або іншої корисної спільної діяльності, слідуючи його бажанням і потребам. Забезпечити пацієнтові штучну ізоляцію із залученням вихователя для поетапної розміреної гри. Розмовляти з дитиною м'яко, але чітким і гучним голосом. Дозволяти хворому залишатися одному, одночасно ведучи за ним спостереження. Всі маніпуляції з пацієнтом (одягання, умивання, т.д.) супроводжувати відповідними коментарями.	
Порушення навичок самообслуговування зумовлене розумовою відсталістю (недоумством), проявляється у формі енурезу, енкопрезу, денного нетримання	Потрібно встановити з пацієнтом психологічний контакт; Залучати дитину до формування простих навичок гігієни: допомагати вмиватися, одягатися, користуватися горщиком; Заохочувати хворого щоразу, коли йому вдалося щось зробити	

сечі і калу (порушення навичок самообслуговування).	самостійно; При навчанні дитини навичкам гігієни не допускати імперативних інтонацій; Провести бесіду з батьками про правильне формування елементарних навичок самообслуговування "крок за кроком".	
Астенічний розлад, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, проявляється в стомлюваності, апатії, зниженні рухової активності.	Слід встановити з пацієнтом психологічний контакт; Забезпечити дитині спокійне оточення і сон, при заняттях з вихователями виключити рухливі, галасливі ігри; Вести моніторинг артеріального тиску, пульсу і частоти серцевих скорочень; У вечірній час спостерігати за загальним становищем дитини; Поступово залучати хворого до рухливим груповим іграм; Забезпечити пацієнтові прогулянки на свіжому повітрі.	
Порушення сприйняття і мислення, зумовлене шизофренією (психозами), проявляється у вигляді галюцинацій і маячних ідей.	Необхідно встановити суворий нагляд за пацієнтом; Чи не бути нав'язливим у спілкуванні; У бесіді з хворим виявити характер і зміст галюцинаторних переживань і маячних ідей; У сестринської мапі описувати зовнішній малюнок поведінки, зміни в психічному статусі, емоційно-вольовій сфері; Виявити суїцидальні думки; Організувати строгий і безперервний нагляд за пацієнтом; У разі зміни стану, терміново повідомити лікуючого або чергового лікаря.	
Занепокоєння, внаслідок маячних ідей, яке проявляється в агресії і аутоагресії (психомоторне збудження).	Вести пильний нагляд за пацієнтом; встановити з пацієнтом психологічний контакт; у бесіді з хворим виявити наявність маячних ідей; у розмові з пацієнтом проявляти пильність і обережність у висловлюваннях, побоюючись можливих наслідків; чи не критикувати хворого і його помилкове твердження; при хвилюванні пацієнта заспокоїти його, спробувати відволікти увагу, зацікавити грою, книгою тощо; у разі	

	психомоторного збудження терміново повідомити лікуючого або чергового лікаря.	
Емоційна нестійкість, внаслідок особистісних розладів особистості, що виявляється у вигляді дратівливості і агресії (емоційна нестійкість).	Необхідно говорити з пацієнтом рівним, спокійним голосом, встановити з ним психологічний контакт; зайняти дитини, надавши йому доступні для його розвитку гри, заняття, іграшки. залучити для цього вихователів; захистити хворого від можливих контактів з такими ж конфліктними дітьми; забезпечити пацієнтові тривалий і спокійний сон; надати хворому спокійний упорядкований режим харчування; у разі різкої зміни психічного стану або агресивної поведінки терміново повідомити лікуючого або чергового лікаря.	
Енурез, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, що проявляється у вигляді частих (щодня), середніх (1-2 рази на 3-4 дні), рідкісних (1 раз за 7-8 днів) епізодів нічного нетримання сечі.	Треба простежити час появи нетримання сечі (через скільки годин після засипання); простежити за поведінкою дитини під час сну, чи здатний він відразу прокинутися після того, як відбулося мимовільне сечовипускання; з'ясувати, чи втрачає пацієнт орієнтацію при насильницькому пробудженні; перевірити, чи є м'язова слабкість, порушення координації рухів у хворого при пробудженні; з'ясувати, чи з'являється пітливість у дитини під час денного та нічного сну; з'ясувати, чи пам'ятає дитина про епізод енурезу вранці; забезпечити дитині своєчасну заміну натільної і постільної білизни; навчити пацієнта елементарним навичкам самогігієни.	
Занепокоєння, внаслідок абстиненції, проявляється в непереборному потязі до тютюнопаління (порушення потягу, девіантна поведінка).	Необхідно забезпечити пильний нагляд за пацієнтом; Встановити психологічний контакт з підлітком; При кожному висловлюванні підлітка про бажання закурити роз'яснювати шкоду цієї звички, згубні наслідки; Як можна частіше залучати підлітка до посильної праці, занять у групі; У міру можливості забезпечити часте вживання ірисок, печива, що заміняє куріння сигарет; Припиняти будь-які спроби інших дітей обговорювати тему куріння в	

	групах; Забезпечити дитині прогулянки на свіжому повітрі.	
Занепокоєння, внаслідок емоційно-вольових (особистісних) порушень, проявляється у формі безсоння (порушення сну, зміни формули сну).	Слід встановити психологічний контакт з пацієнтом: як можна частіше використовувати імперативні інтонації в розмові з дитиною; з перших днів перебування в клініці забезпечити дитині можливість штучної ізоляції (надати окреме приміщення), де він зможе займатися, грати і так далі; з часом залучати пацієнта до груповим ігор під наглядом вихователя, особливо у вечірній час; захищати дитину від перезбудження (конфліктних, порушених хворих); забезпечити прогулянки на свіжому повітрі.	
Порушення потягу, внаслідок соціальної та педагогічної занедбаності, проявляється в пагонах і бродяжництві (педагогічна занедбаність, девіантна поведінка).	Необхідно встановити суворий нагляд і контроль за поведінкою дитини; встановити психологічний контакт з дитиною; забезпечити дитині дозвілля із залученням вихователів, педагогів, психологів; укласти з дитиною угоду, за якою він буде відкритий, без страху довіряти всі свої плани медичній сестрі; дати відчути дитині, що він затребуваний, потрібний і у нього є багато позитивних якостей; стежити за тим, щоб у свій план втечі хворий не залучив інших дітей; під час прогулянки уважно стежити за його висловлюваннями і поведінкою.	
Порушення адаптації, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, проявляється подумки нав'язливих і діях.	Потрібно встановити з дитиною психологічний контакт; залучати до групових занять під контролем вихователів; надати дитині можливість займатися іграми і творчістю; забезпечити пацієнтові прогулянки на свіжому повітрі; захистити хворого від конфліктних ситуацій з іншими дітьми; провести сімейне консультування батьків з приводу зайнятості дитину вдома; підвищувати самооцінку дитини за допомогою довірливих бесід.	
Порушення потягу, внаслідок особистісних (дефіцитарних) розладів, проявляється в пагонах з сім'ї і	Слід забезпечити суворий нагляд і контроль за поведінкою дитини; встановити з пацієнтом психологічний контакт; організувати дозвілля хворого із залученням вихователів, педагогів, психологів; укласти з дитиною угоду, за якою він	

бродяжництві (порушення поведінки).	буде відкритий без остраху довіряти свої плани медичній сестрі; дати відчутти дитині, що він затребуваний, потрібний і має багато позитивних якостей; під час прогулянки уважно стежити за поведінкою пацієнта; провести сімейне консультування батьків з питань взаємин з дитиною.	
Недостатнє харчування у зв'язку зі страхом отруєння, про що свідчить відмова приймати їжу.	Необхідно встановити суворий контроль за харчуванням і поведінкою хворого; у спілкуванні з дитиною бути обережним, ненав'язливим, не засуджувати поведінку пацієнта; приводити позитивні приклади випадків хорошого апетиту; забезпечити дитині комфортне перебування у відділенні (ізоляція або, навпаки, тісне спілкування з однолітками); налаштовувати на поступове поживу малих шматочків їжі, з поступовим збільшенням їх обсягу; вести контроль за зміною ваги, фіксувати дані в історії хвороби і сестринської карті; підтримувати зв'язок з батьками, забезпечуючи дитині необхідне (бажане) меню.	
Відмова (неможливість вживати їжу)	Спостерігати за прийняттям їжі. Якщо хворий не може і не хоче нормально харчуватися за призначенням лікаря, проводити харчування рідкої їжею через зонд, відповідно до прийнятих в лікарні методами. Забезпечувати хворому підтримку за його згодою, годування з рук. У співпраці з дієтологом визначити необхідну кількість калорій, щоб забезпечити адекватне харчування і реальну надбавку у вазі. Проводити психологічну корекцію про безпечності та необхідності їжі.	Фізична цілеспрямованість і функціональна діяльність хворого.
Патологічна реакція горя	Визначте, на якій стадії переживання реакції горя зафіксувався хворий. Створіть і удоскональте довірливі відносини з хворим. Приймайте позицію хворого і надавайте можливість відкрито висловлювати свої переживання. Дозвольте хворому висловити свій гнів на медперсонал або лікаря, що не займайте захисну позицію. Допоможіть хворому усунути	Точні дані обстеження необхідні для складання плану надання ефективної допомоги. Коли хворий відчуває вашу віру в те, що він цінна людина, довіра при цьому зміцнюється. Фізичні навантаження являють собою безпечний і ефективний спосіб зняття прихованого напруження.

	захований гнів за допомогою участі в рухових видах діяльності з слабкий фізичним навантаженням. Поясніть хворому нормальні стадії переживання горя і форми поведінки пов'язані з кожною стадією. Допоможіть зрозуміти, що почуття провини і гніву щодо втрати є адекватними, чітко вводите призначені лікарем транквілізатори. Оцініть їх ефективність і непрямі дії.	
Високий ризик суїциду або гомоциду	Повідомити про це лікаря. Хворого перевести в палату пильного нагляду або поставити біля нього індивідуальний цілодобовий пост. Особисті речі хворого повинні бути під контролем медперсоналу. Зменшити кількість подразників. Забезпечити достатню кількість помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги (згідно стандарту надання при порушенні). Ведіть себе біля нього спокійно, не залякуйте, придушуйте в собі страх і тривогу. Адекватно використовуйте фіксацію тільки за призначенням лікаря. Своєчасно виконуйте призначення лікарів і видачу нейролептиків і транквілізаторів. Дайте можливість хворому викричати свій гнів. Пропозиція фізичних навантажень. Залишайтеся поруч з пацієнтом при появі відчуття тривоги і внутрішньої напруги.	Для безпеки пацієнта або інших осіб. Агресивна поведінка одного хворого може провокувати аналогічна поведінка інших хворих. Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних предметів. Велика кількість подразників підсилює неадекватне поведінку. Продемонструвати хворому силу і доказ контролю над ситуацією. Тривога є заразною, може передаватися від вас хворому, що посилює його агресивні тенденції. Грубий додаток фіксації збуджує хворих. Обговорювання переживань зменшує ефект. Зменшує напругу і відчуття тривоги. Присутність людини викликають довіру і викликає у пацієнта відчуття безпеки.
Високий ризик спрямованого на себе насильства	Повідомити про це лікаря. Хворого перевести в палату пильного нагляду або поставити близько нього індивідуальний цілодобовий пост. Особисті речі хворого повинні бути під контролем медперсоналу. Зменшити кількість подразників. Забезпечити достатню кількість	Для безпеки пацієнта або інших осіб. Агресивна поведінка одного хворого може провокувати аналогічне поведінку інших хворих. Ризик агресії підвищується, коли є доступ до небезпечних

	помічників для гарантування безпеки під час надання допомоги (згідно стандарту надання при порушенні). Ведіть себе біля нього спокійно, не залякуйте, придушуйте в собі страх і тривогу. Адекватно використовуйте фіксацію тільки за призначенням лікаря. Своєчасно виконуйте призначення лікарів і видачу нейролептиків і транквілізаторів. Дайте можливість хворому викричати свій гнів. Пропозиція фізичних навантажень. Залишайтеся поруч з пацієнтом при появі відчуття тривоги і внутрішнього напруження. Обговорюйте з пацієнтом переживання, намагайтеся довести неадекватність його намірів. Разом з пацієнтом розробити план саме й взаємодопомоги під час кризи.	предметів. Велика кількість подразників підсилює неадекватну поведінку. Продемонструвати хворому силу і доказ контролю над ситуацією. Тривога є заразною, може передаватися від вас хворому, що підсилюють його агресивні тенденції. Грубе застосування фіксації збуджує хворих. Обговорювання переживань зменшує ефект. Зменшує напругу і відчуття тривоги. Присутність людини викликають довіру і викликає у пацієнта відчуття безпеки.
Дефіцит знань	Спостерігати і вести чіткі записи про дотримання режиму тверезості. Спостерігати за дотриманням лікувально-охоронного режиму. Проводити активно санітарно-медичний всеобуч серед хворих з підтримання здорового способу життя. Обговорити методи навчання. Підключати до навчання близьких людей (якщо можна). Реабілітаційні заходи: індивідуальна; групова; сімейна психотерапія.	

ДОДАТОК 3. ТАБЛІЦІ ТА СХЕМА ДЛЯ ПІДГОТОВКИ

Диференціальна діагностика істинних і помилкових галюцинацій

КРИТЕРІЇ ОБМЕЖЕННЯ			
Галюцинації	Проекція патологічних образів	Чуттєва яскравість, жвавість галюцинаторних образів	Почуття насильства, «зробленості», вплив ззовні
Справжні	в навколишній простір («зовні»)	збережена	відсутня
Помилкові (псевдогалюцинації)	в суб'єктивне простір (усередину »)	відсутня	виявляється J

МИСЛЕННЯ - відображення дійсності в її внутрішніх (істотних) зв'язках і відносинах

За темпом асоціативного процесу	За стрункості асоціативного процесу
прискорення уповільнення докладність шперунг	незв'язність розірваність резонерство різноплановість
Непродуктивні (По «формі»)	

РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ

Продуктивні (За «змістом»)		
Нав'язливі ідеї (Обсесії)	Надцінні ідеї	Маревні ідеї
Мимоволі виникають, не адекватні ситуації переживання, домінуючі у свідомості хворого, до яких зберігається критичне відношення (супроводжуються «Боротьбою мотивів»)	Афективно пофарбовані, домінуючі судження, що сформувалися внаслідок реальних подій (не супроводжуються «боротьбою мотивів»)	Помилкові, некорригуючі умовиводи, формуються на патологічній основі і визначають світогляд хворого

Класифікація obsesій

Ідеаторні obsesії	Нав'язливі потяги (Манії)	Нав'язливі страхи (фобії)	Нав'язливі дії
Нав'язливі - Думки - Спогади - Уявлення - Сумніви	(при наявності «боротьби мотивів» - kleptomaniya - piromaniya - dromomaniya - suitsidomaniya	- agorafobiya - klaustrofobiya - mizofobiya - nozofobiya - fobofobiya ta in.	- не поєднуються з фобіями - поєднуються з фобіями (ритуали)

За змістом нав'язливих переживань

КЛАСИФІКАЦІЯ ОБСЕССІЙ

По реакції особистості на переживання		
Абстрактні	Образні	Контрастні
Не супроводжуються афективною напругою	Супроводжуються ефектною напругою	Розвиваються в обстановці, що виключає можливість їх виконання

Варіанти надцінних ідей

(За А.О. Бухановським з співавт. 1998)

Переоцінка біологічних властивостей своєї особистості	Переоцінка психологічних властивостей своєї особистості або її творчості	Переоцінка соціальних факторів
- дісморфобічні - іпохондричні - сексуальної неповноцінності - самоудосконалення	- винахідництва - реформаторства - талановитості	- винності - еротичні - сутяжництва (кверулянства)

Марення - помилкові, некорегуючі ззовні умовиводи, що формуються на патологічній основі і повністю визначають світогляд хворого

За змістом

Маячні ідеї переслідування	Маячні ідеї величі	Маячні ідеї самознищення
- Переслідування - Впливу - Отруєння - Відносини - Шкоди - Інтерметаморфоз - Сутяжний	- винахідництва - реформаторства - високого походження - любовного зачарування - величі	- винності - іпохондричний - нігілістичний - дісморфоманія - одержимості - метаморфози

УВАГА - спрямованість і зосередженість психічної діяльності на певному об'єкті

Порушення уваги

Симптоми	Коротка характеристика
Апрозексія	повна відсутність («випадання») уваги
Гіпрозексія (Неуважність)	нездатність до зосередження уваги
Виснаженість	нездатність до тривалого зосередження уваги
Слабка розподіляємість	зосередженість тільки на ситуативно значимому об'єкті (звуження «поля уваги»)
Гіперметаморфоз (Відволікання)	підвищена переключення уваги
Застрояємість (Прикованність)	знижена переключення уваги

РОЗЛАДИ ЕМОЦІЇ

За характером («змістом») емоційних порушень

Симптоми зниження настрою	Симптоми підвищення настрою	Симптоми нестійкості емоційної сфери	Якісне спотворення емоцій
-Гипотія - туга	- гіпертімія - ейфорія	- емоційна нестійкість	- емоційне зубожіння - емоційна тупість
- Дистімія - дисфорія	- Морія - екстаз	- емоційна лабільність	- апатія - психічна анестезія
- Тривога		- легкодухість	
- Страх			

ВОЛЯ - здатність до активної, свідомої і цілеспрямованої діяльності

Абулія <i>(«Відсутність» вольових спонукань)</i> зустрічається при шизофренічному дефекті; органічному ураженні лобових часток головного мозку		Гіпобулія <i>(зниження вольових спонукань)</i> відзначається при депресивних, астенічних станах
	РОЗЛАДИ ВОЛІ	
Гіпербулія <i>(Хворобливе підвищення вольових спонукань)</i> характерна для наркоманії, паранойяльного, маніакального синдромів		Парабулія <i>(якісне збочення вольових спонукань)</i> виявляються при шизофреніях, психопатіях

ПОТЯГ - неусвідомлене прагнення до задоволення потреб

РОЗЛАДИ ПОТЯГІВ		
Ослаблення	Посилення	Збочення
- анорексія - гіпосексуальність	-булімія - полідипсія - гіперсексуальність	- поліфагія - суїдоманія (*) - клептоманія (*) - дромоманія (*) - піроманія (*) - амбігендентність - негативізм - статеві збочення - канібалізм

РУХОВІ РОЗЛАДИ

Гіпокінезії (акинезії)	Дискінезії (паракінезії)	Гіперкінезії
- Паралічі і парези - Різновиду ступору: • афективний • істеричний • депресивний • - галлюцинаторний • - апатичний • кататонический	- ехопраксія -ехолалія – стереотипії - парамімія	-гіперкінези - різновиду психомоторного збудження: * істеричне * маніакальне * галюцинаторно-маячний * - гебефреническое * - кататоническое * - епілептиформного

Синдроми порушеної свідомості

Вимкнення свідомості	Потьмарення	Порушення
- Кома - Сопор - Оглушення	- делірій - онейроїд - аменція - сутінкове потьмарення свідомості	- неадекватна самооцінка - дереалізація - деперсоналізація - психічні автоматизми - маячні розлади самосвідомості - розпад самосвідомості

Основні психотерапевтичні методи (по А.І. Колчева, 1998)

Інтрапсихічна психотерапія Спрямована на поліпшення процесів соціальної адаптації, купірування хворобливих проявів шляхом усвідомлення механізмів неадекватних поведінкових реакцій	
<i>Психоаналіз</i> (S.Freud, 1895)	Інтеграція раніше пригнічених хворобливих проявів в загальну структуру особистості, аналіз психологічних причин їх обумовлюють, з подальшою корекцією
<i>Аналітична</i> (C.Jung, 1904)	Оптимізація співвідношення свідомого і несвідомого в поведінкових реакціях пацієнта, встановлення динамічної рівноваги між ними.
<i>Індивідуальна</i> (A. Adler, 1911)	Інтеграція особистості пацієнта, усвідомлення ним механізмів власних поведінкових реакцій, формування підвищеного соціального інтересу
<i>Раціональна</i> (В.М.Бехтерев, 1911)	Роз'яснення пацієнтові психопатологічних механізмів його хворобливих симптомів і неадекватних поведінкових реакцій
<i>Патогенетична</i> (В. Н. Мясіщев, 1960)	Вивчення етіопатогенетичних механізмів психопатологічних процесів, встановлення причинно-наслідкових зв'язків хворобливих проявів і особливостей особистості пацієнта, з подальшою корекцією його поведінкових реакцій
<i>Експресивна</i> (F.Alexander, 1956)	Дозвіл конкретних конфліктних ситуацій, пов'язаних з особливостями психосексуального розвитку особистості, купірування негативного впливу психологічного захисту
<i>Підтримуюча</i> (M.Klein, 1946)	Надання психотерапевтичної допомоги в складних або суб'єктивно важко переборних ситуаціях
<i>Короткочасна динамічна</i> (F. Alexander, T.French, 1946; M. Balint, 1952)	Надання психотерапевтичної допомоги в ході обмеженого в часі лікувального процесу, як правило, сфокусованого на дозволи конкретної проблеми
<i>Центрована на клієнті</i> (C.Rogers, 1951)	Приведення «реального Я» пацієнта у відповідність з його глибинними переживаннями і накопиченим суб'єктивним досвідом.
<i>Емотивно-раціональна</i> (A. Ellis, 1962)	Аналіз проблемних ситуацій, доведення до свідомості пацієнта ірраціональних когнітивних установок, що впливають на психоемоційний стан і прийняті рішення
<i>Гештальттерапія</i> (F. Perls, 1947)	Формування гармонійної особистості пацієнта за рахунок розвинення його самосвідомості і вирішення внутрішніх конфліктів
<i>Наркоаналіз</i> (S. Horsley, 1932)	Проведення психоаналітичної терапії на тлі психотропних засобів, що викликають стану зміненої свідомості.
Поведінкова (біхевіористська) терапія (J. Wolpe, 1962) Спрямована на заміну неадекватних, що призводять до дизадаптації, форм поведінкових реакцій більш оптимальними)	
<i>Контробумовлення</i>	◆◆◆ <i>Систематична десенсибілізація</i>: вироблення реакцій, протилежних тим, які призводять до дизадаптації ◆◆◆ <i>Імплозівна терапія</i>: приміщення пацієнта в індивідуально значиму психотравматичну ситуацію, з метою вироблення до неї відповідних адаптаційних механізмів
<i>Оперативні методи</i>	◆ <i>Метод формування поведінки</i>: вироблення оптимальних форм поведінки шляхом застосування системи заохочувальних заходів * 1 * <i>Метод «накопичення жетонів»</i>: використовується в лікувальних закладах із застосуванням системи «заохочувальних жетонів» (кількість яких визначає ступінь «привілеїв»)

Екзистенційна терапія (V. Frankl, 1961, R. May, 1967) Доведення до розуміння пацієнта сенсу, який він намагається надати своїй життю шляхом аналізу кожного його поведінкового акту	
Терапія реальністю (W. Glasser, 1965) Прагнення спонукати пацієнта брати на себе відповідальність за різні реальні життєві ситуації і домагатися поставлених цілей	
Трансактний аналіз (Е. Берне, 1961) Усвідомлення пацієнтом мотивів своїх поведінкових актів (взаємодій - «трансакцій») з метою формування більш адекватної поведінки	
Психодрама (J. Moreno, 1921) Дослідження рис характеру, конфліктних ситуацій, міжособистісних зв'язків шляхом спеціальної терапевтичної драматизації	
Групова психотерапія (Є. Берне, 1961, С. Роджерс, 1959, Ф. Перес, 1962)	
Підтримуюча	Поліпшення соціальної адаптації
Аналітична орієнтована	Реконструктивні процеси, спрямовані на поліпшення соціального функціонування
Психоаналіз груп	Спрямована на глибинні реконструктивні особистісні процеси
Ділова	Поліпшення довільного контролю над поведінковими актами
Поведінкова	Купірування відповідних поведінкових розладів
Сімейна психотерапія (Н. Аскерман, 1962, М. Ліберман, 1972, Н. Хейлі, 1978, С. Вітaker, 1964) Поліпшення міжособистісних стосунків у сім'ї, її реорганізація	
Психодинамічна	Вивчення психологічних механізмів сімейного конфлікту і пов'язаних з ним проблем
Поведінкова	Досягнення поведінкових цілей методом позитивного підкріплення
Стратегічна	Фіксація на дозволі конкретної проблеми, що виникає в ході міжособистісного спілкування в сім'ї
Експериментальна	Оптимізація міжособистісних стосунків у сім'ї шляхом внесення змін у організацію її структури

Нейро-лінгвістичне програмування

(D. Grinder, R. Bandler, 1979)

Поліпшення соціального функціонування, за рахунок зміни внутрішніх програм поведінки

Гіпноугестивна терапія (J. Braid, 1841) Купірування симптомів патологічних процесів в стані гіпнозу

Наркопсихотерапія (А. Ламберт, 1944, Є. А. Попов, 1949)

Купірування симптомів психопатологічних процесів на тлі застосування препаратів, що викликають зміну свідомості

Соціотерапія (реабілітаційна терапія) (Д.Є. Мелехов, 1947, М.М. Кабанов, 1971)

Відновлення соціального статусу хворого, активування саногенетичних механізмів психопатологічних процесів

Психічна саморегуляція (Е. Якобсон, 1922, J. Shultz, 1932)

Зниження психофізіологічної напруженості, виражених стресових реакцій, попередження їх небажаних наслідків

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Варій М.Й. Психологія – К.: «Центр учбової літератури», 2007. – 520с.
2. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. та ін. Практикум з медичної психології. – Харків: Регіон-інформ, 2002. – 248 с.
3. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2004.
4. Менделевич В.Д. Клінічна і медична психологія. – М., 1998. – 587 с.
5. Психологія. Словник / Під ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – М., 1990. – 494 с.
6. Середина Н.В., Шкуратов Д.А. Основы медичної психології: загальна, клінічна, патопсихологія/ Серия "Підручники, навчальні посібники". – Ростов- на -Дону: "Феникс",2003. –512с.
7. Харди И. Лікар, сестра, хворий. – Будапешт, 1988. – 338 с.
8. Энциклопедия психического здоровья / Г.-У. Виттхен / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. — М.: Алетея, 2006. — 552 с.
9. В.Л. Гавенко, В.С. Битенский, А.К. Напреенко и др. Психиатрия и наркология: учебник – Киев: «Медицина». 2009 – 488 с.
10. Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин. Психиатрия: учебник – Москва: «Медицина», 2002 – 544 с.
11. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій) – Київ-Харків, 2012 – 136 с.
12. Кожина Г.М., Самардакова Г.О., Коростій В.І. та ін.. Словник-довідник психіатричних термінів: навчальний посібник – Харків: ФОП Шейніна О.В., 2012 – 176 с.
13. Р. Конечный, М. Боухал. Психология в медицине – Прага: Медицинское издательство Авиценум, 1974 – 406 с.