|  |  |
| --- | --- |
|  | Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  Санкт-Петербургское государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования  «Медицинский колледж № 1» |

.

Рассмотрено и рекомендовано на УТВЕРЖДАЮ

заседании ЦМК Руководитель ГУМЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гапонова З.В.

Протокол №\_\_\_\_\_\_\_ “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

от « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Председатель ЦМК:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОПОРНЫЕ** **КОНСПЕКТЫ**

ПМ 02 «УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ»

МДК 02.01 «СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ»

РАЗДЕЛ 1. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ.

СОСТАВИТЕЛЬ:

КОШЕВАЯ М.Е

Санкт-Петербург

2015

**Пояснительная записка**

Краткие конспекты теоретического материала по разделу «Сестринский уход в психиатрии и наркологии» МДК 02.01. Пм 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» специальности Сестринское дело составлены в соответствии с требованиями ФГОС для специальностей среднего профессионального образования 34.02.01 «Сестринское дело».

Краткие конспекты содержат основной теоретический материал, необходимый студенту для последующей учебной деятельности.

Цель создания кратких конспектов – помощь студентам во внеаудиторной самостоятельной работе:

* самостоятельное изучение учебного материала
* улучшение усвоения нового учебного материала
* закрепление базовых знаний

Базовые знания, полученные при изучении тем кратких конспектов, могут быть дополнены основной и дополнительной литературой.

**Лекция № 1«Организация психиатрической помощи в РФ. Этические нормы в психиатрии».**

Психиатрию определяют как медицинскую дисциплину, занимающуюся изучением этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения психических и поведенческих расстройств, а также организацией психиатрической помощи населению.

В буквальном переводе с древнегреческого «психиатрия» - лечение души.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая служба имеет ряд особенностей, по сравнению с другими направлениями медицинской помощи, в первую очередь в силу контингента больных, которых она обслуживает.

На психиатрическую службу возлагаются следующие функции:

* оказание неотложной психиатрической помощи;
* осуществление консультативно-диагностической, психопрофилактической, социально-психологической и реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях;
* проведение всех видов психиатрической экспертизы;
* оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
* участие в вопросах опеки, указанных лиц;
* проведение консультаций по правовым вопросам;
* осуществление социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;
* оказание психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

Наиболее распространенными вариантами психиатрической помощи являются

стационарный и амбулаторный. Экстренная госпитализация в психиатрические стационары обычно осуществляется специализированными бригадами «скорой психиатрической помощи», в составе которых имеется врач-психиатр.

ЭТИЧЕСКИЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.

*ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ*

Основные задачи психиатрической этики:

* повышение терпимости общества к лицам с психическими отклонениями;
* ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью;
* установление оптимальных взаимоотношений между медперсоналом и пациентом, способствующих реализации интересов пациента с учетом конкретной клинической ситуации;
* достижение баланса интересов пациента и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

*ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ*

Существует закон РФ « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» введен в действие с 1993г. Основная цель закона - сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, максимально сблизить ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи. Закон направлен на решение следующих основных задач:

* Защита граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь и необоснованной дискриминации их в обществе.
* Защита общества от возможных опасных действий больных.
* Защита врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Закон соответствует международным нормам. Законом устанавливается добровольность оказания психиатрической помощи. Согласие пациентом дается в письменном виде, а за детей или недееспособных лиц подобная расписка дается их родителями или опекунами.

Закон четко устанавливает показания для недобровольной госпитализации (освидетельствования):

1. Подлежащий госпитализации (освидетельствованию) представляет опасность для себя и окружающих.
2. Подлежащий госпитализации (освидетельствованию) беспомощен и не в состоянии себя обслужить.
3. Психическое состояние человека ухудшается без оказания психиатрической помощи.

*МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ*

Современная психиатрия характеризуется тем, что конкретная этиология известна у небольшого числа психических заболеваний и расстройств. Психические болезни качественно отличаются от других болезней, т.к. в их структуре тесно переплетаются общие закономерности болезненного процесса и сугубо индивидуальные особенности человека. Значение имеют уровень развития интеллекта, свойства памяти, эмоциональность, возрастные особенности психики.

Классифицируют психические расстройства по разным признакам.

*По уровню (регистру) выделяют три группы психических расстройств:*

1. психотические (психозы) - характеризуются грубой дезинтеграцией психики, неадекватностью психических реакций;
2. непсихотические (невротические, неврозоподобные, психопатические) - это расстройства, при которых психические реакции адекватны реальности по содержанию, но не соответствуют ей по силе и частоте;
3. состояние сниженного интеллекта (умственная отсталость, деменции).

*По этиологии выделяют следующие группы психических заболеваний:*

1. эндогенные - хромосомные, наследственные или с наследственным предрасположением. К ним относят шизофрению и биполярное аффективное расстройство;
2. экзогенные - болезни, при которых этиологический фактор действует из внешней среды. Например, ЧМТ, энцефалит, алкоголизм, наркомания;
3. психогенные - при которых этиологическим фактором является микросоциальный конфликт, психотравма. К ним относят невротические расстройства, связанные со стрессом и реакции на тяжелый стресс;
4. соматогенные - причиной психического расстройства является соматическое заболевание, изменяющее внутреннюю среду организма так, что она становится патогенной для мозга и вызывает разнообразные нарушения его деятельности. Чаще эти расстройства наблюдаются при эндокринных, сердечно-сосудистых, инфекционных, онкологических заболеваниях.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Назовите показания для недобровольной госпитализации пациентов в психиатрический стационар.

2.Что относится к патологической продукции мышления?

3.Чем регламентируются правовые аспекты в психиатрии?

4.По каким признакам классифицируют психические расстройства?

5.В чем состоит отличие расстройств психотического уровня от непсихотических?

**Лекция №2. Шизофрения. Формы. Продуктивные и дефицитарные симптомы.**

ШИЗОФРЕНИЯ – заболевание, протекающее с психотическими симптомами, которые значительно нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции, восприятие окружающего. Болезнь протекает хронически и нередко имеет фазы – продромальную, активную и резидуальную, во время которой наступает ремиссия.

Объединяющие признаки шизофрении (**шизофренический дефект**):

1.эмоциональное уплощение: апатия, утрата интересов, бедность эмоциональных реакций;

2.абулия, безволие, бездеятельность, органично связанная с апатией;

3.аутизм, погруженность в свои переживания, утрата социальных интересов, бедность речи и ответов на окружающие стимулы;

4.тяжелые расстройства мышления, вплоть до разорванности.

Негативные симптомы – дефект – развиваются не при всех формах шизофрении, но в подавляющем большинстве случаев. Уменьшается риск возникновения шизофренического дефекта и благодаря последним введенным в практику нейролептикам.

Особо следует подчеркнуть, что шизофренический дефект нельзя отождествлять со слабоумием (органической деменцией). После успешного курса лечения у пациентов обнаруживается способность к сложным логическим построениям, решению задач.

**Этиология**

Наиболее достоверна и доказательна *наследственная теория шизофрении.* К настоящемумоменту не обнаружены какие-то конкретные генные аномалии. Нет и типовых путей наследования шизофрении, что говорит в пользу ведущей, но не единственной роли наследственности в происхождении шизофрении. Унаследованные особенности, повышенный риск заболеть появляется при присоединении неблагополучных воздействий внешней среды.

*Дофаминовая и другие нейрохимические теории.* В настоящее время данные по этому поводу нельзя считать убедительными, за исключением обнаружения в некоторых зонах головного мозга повышенного количества дофаминовых рецепторов.

**Клиника**

Наиболее важными являются следующие симптомы:

* Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание;
* Бред воздействия, влияния или пассивности, относящиеся к движениям тела, конечностей, или к мыслям, действиям или ощущениям, бредовое восприятие;
* Галлюцинаторные « голоса»;
* Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи;
* Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор;
* Негативные симптомы – апатия, бедность речи, неадекватность эмоциональных реакций, что приводит к социальной отгороженности и снижению социальной активности;
* Значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

**Начало шизофрении**

Шизофрения практически никогда не начинается внезапно, расстройства психики и поведения обычно становятся видны окружающим через недели, месяцы, а иногда и годы после начала болезни. Наиболее типичные варианты начала болезни:

1.пациенты становятся замкнутыми, погруженными в себя, обрывают прежние социальные связи (родители, школа, друзья, работа). Это происходит без видимых причин или неадекватно внешним социальным воздействиям;

2.пациенты становятся напряженными, недоверчивыми, страдают упорной бессонницей, жалуются на головные боли. Это также происходит вне внешних воздействий или неадекватно им.

3.Пациенты чувствуют, что в них самих что-то изменилось или в их окружении, причем часто они не в силах описать это здоровым людям.

**4 клинические формы шизофрении**

1. Параноидная
2. Кататоническая
3. Гебефреническая
4. Простая

**Варианты течения шизофрении** следующие:

1. непрерывный с нарастающим дефектом – 25-35%;
2. эпизодический с нарастающим дефектом – около 30%;
3. эпизодический со стабильным дефектом – 10-15%;
4. эпизодический ремитирующий (без образования четкого дефекта)- 10%;
5. злокачественный тип течения с образованием глубокого дефекта – 5%.

**Лечение шизофрении**

В настоящее время шизофрению в целом нельзя рассматривать как совершенно неизлечимое заболевание. Квалифицированная медикаментозная терапия, реабилитационные мероприятия и уход помогают пациенту сохранить работу и семью. Больной шизофренией, постоянно принимающий психотропные средства и сохраняющий социальный статус, ничем не отличается от пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

1) Применение психотропных средств – основной метод лечения шизофрении. На первом этапе, в острой фазе психических расстройств или при их рецидиве проводится купирующая терапия. Затем, по окончании острого периода, медикаментозные средства становятся частью реабилитационных мероприятий и в амбулаторных условиях носят характер поддерживающей терапии. Основным средством при этом являются нейролептики: аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол, сонапакс, эглонил, рисполепт. Подбор препарата и дозы осуществляются врачом индивидуально для каждого пациента. Эти препараты являются сильнодействующими, в большинстве своём относятся к списку ”Б”. Наиболее частым побочным действием нейролептиков является нейролептический синдром. У пациентов отмечается типичные для паркинсонизма тремор рук, повышенный мышечный тонус, отсутствие содружественных движений при ходьбе. Для предупреждения и смягчения этих симптомов достаточно добавления циклодола. При остром возникновении нейролептического синдрома пациенту вводится внутримышечно реланиум 0,5% - 1-2 мл, подкожно – кофеин 20% - 1 мл, внутривенно – сернокислая магнезия.

В настоящее время шизофрению в целом нельзя рассматривать как совершенно неизлечимое заболевание. Квалифицированная медикаментозная терапия, реабилитационные мероприятия и уход помогают пациенту сохранить работу и семью. Больной шизофренией, постоянно принимающий психотропные средства и сохраняющий социальный статус, ничем не отличается от пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

При любом виде терапии наблюдение за побочными эффектами медикаментов – первейшая задача медсестры.

2) Инсулиношоковая терапия. Этот вид терапии теряет популярность, хотя используется в ряде российских клиник.

3) Психотерапия.

**Типичные проблемы пациентов**

1. Повышенный риск суицида.
2. Наличие изменений сенсорного восприятия, эмоционального состояния, в двигательной сфере.
3. Дефицит общения.
4. Наличие изменений познавательных процессов.
5. Повышенный риск совершения насильственных действий.
6. Изменение семейных взаимоотношений.
7. Утрата и падение работоспособности.
8. Наличие дефицита самоухода.
9. Нарушение сна.
10. Наличие побочных реакций на назначенные психотропные средства.

Все вмешательства у пациентов, страдающих шизофренией, производятся с сохранением основных правил общения с ними: беседа короткой продолжительности, особенно в начале общения, конкретность и определенность заявлений.

***Алгоритм оказания доврачебной неотложной помощи при психомоторном возбуждении***

1. Перевод в палату для строгого надзора.
2. Немедленное уведомление лечащего или дежурного врача.
3. Только по согласованию с врачом – применение мер механического стеснения.
4. Приготовление к приходу врача аминазина 2,5% - 2 мл или галоперидола 0,5% - 2 мл.
5. Наблюдение. Только по согласованию с врачом – прекращение применения механического стеснения.

**Контрольные задания**

1. Какие формы шизофрении прогностически наиболее неблагоприятны и почему? Дайте письменный ответ.
2. Сформулируйте правила общения с пациентами и их родственниками и запишите в тетрадь.
3. Выучите наизусть алгоритм первой доврачебной помощи при психомоторном возбуждении.

***Вопросы к теме***

1. Каковы современные представления об этиологии шизофрении?
2. Как наиболее часто начинается шизофрения?
3. Может ли считаться шизофрения абсолютно неизлечимым заболеванием?
4. Что такое атипичные нейролептики? Назовите представителей «типичных нейролептиков».

5.Что такое «поддерживающая терапия» и в чем ее важность?

**ЛЕКЦИЯ №3 «Органические расстройства психики. Болезнь Альцгеймера».**

К органическим психическим расстройствам относится большая группа расстройств с наличием четкой органической патологии мозга (атрофии, кисты, спаечные процессы, опухоли и т.п.).

Под когнитивными расстройствами понимается субъективное или/и объективное ухудшение познавательных функций (внимание, память, гнозис, праксис, мышление и др.) вследствие структурных, дисметаболических, токсических повреждений головного мозга, влияющее на эффективность обучения в профессиональной, бытовой, социальной деятельности. Различают дементные и додементные когнитивные расстройства.

**Критерии деменции:**

- наличие множественной когнитивной недостаточности, обязательным компонентом которой является нарушение памяти;

- утрата профессиональных способностей или трудности взаимодействия в обществе;

- когнитивные нарушения являются результатом органического заболевания головного мозга;

- когнитивные расстройства отмечаются на фоне ясного сознания.

Сейчас происходит широкое внедрение в клиническую практику современных методов объективизации когнитивных расстройств. Эти нейропсихологические методы не отличаются сложностью, но дают достаточную информацию для выявления и оценки степени выраженности когнитивных нарушений:

1. Краткая шкала оценки психического статуса КШОПС, разработанная М. Фольштейн в 1975 году, применение которой позволяет за несколько минут оценить ориентировку во времени, в пространстве, восприятие, концентрацию внимания, память, речь, чтение. В сумме:

* 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
* 24-27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
* 20-23 балла – деменция легкой степени;
* 11-19 баллов – деменция умеренной степени;
* 0-10 баллов – тяжелая деменция.

1. «Батарея лобных тестов» включает оценку функции обобщения, беглости речи, динамического праксиса, реакции выбора, исследование хватательных рефлексов. Высоким когнитивным способностям соответствует суммарный балл 18, который у больных с деменцией может снижаться до 0.
2. Тест рисования часов.

Деменция развивается постепенно, обычно в период не менее шести месяцев.

Спектр причин деменции достаточно широк:

1. Нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона и др.)
2. Сосудистые заболевания головного мозга.
3. Сочетание церебрального нейродегенеративного и сосудистого заболевания – смешанная деменция.
4. Дисметаболическая энцефалопатия (алкогольная, гипоксическая, печеночная, почечная, гипогликемическая и др.).
5. Нейроинфекции.
6. Демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз, мультифокальная лейкоэнцефалопатия).
7. Черепно-мозговая травма.
8. Опухоль головного мозга.
9. Ликвородинамические нарушения.

Ф**акторы, влияющие на когнитивное развитие:**

1. влияние особенностей течения беременности и родов;
2. влияние возрастных особенностей и пола;
3. влияние синдрома дефицита внимания и гиперактивности;
4. влияние факторов внешней среды;
5. влияние курения и наркотиков.

!!!Алкоголизм и курение матери отражается на развитии будущего ребенка. Показано, что дети, подвергнутые антенатальному воздействию никотина, в первые месяцы жизни, имели особенности поведения: чаще отмечались периоды беспокойства, негативно реагировали на умывание, купание, были более безразличны, когда их брал на руки незнакомый человек.

Очень большое значение для когнитивного развития имеет не только отсутствие вредных воздействий, но и нормальная продолжительность пренатального периода.

**Болезнь Альцгеймера**

Болезнь была впервые описана в 1907 г. Алоисом Альцгеймером.

*Определение*.

Деменция при болезни Альцгеймера развивается в результате глобальной атрофии мозгового вещества и сопровождается прогрессирующим нарушением памяти, мыслительных способностей, поражением речи, способности чтения, письма, выполнения автоматизированных движений.

Болезнь поражает как индустриально развитые страны с высоким уровнем жизни, так и страны, где подавляющее большинство населения живет за чертой бедности, одинаково поражает и мужчин и женщин. Ею болеют представители любой профессии, люди, занимающиеся и умственным и физическим трудом. Считается, что распространенность БА возрастает.

*Этиология*

Для раскрытия причины болезни предпринимаются поистине титанические усилия, однако причина ее остается неизвестной. Концепции болезни, связывающие ее с воздействием какого-то инфекционного агента, токсическим влиянием алюминия, неполноценностью гематоэнцефалического барьера, остались недосказанными

*Патогенез*

Деменция при болезни Альйгеймера посмертно четко идентифицируется по наличию сенильных бляшек. Сенильные бляшки представляют собой скопления белка – амилоида. Эти скопления равномерно распределены по всему веществу мозга, особенно много их скапливается по стенкам крупных сосудов.

Патологическое перерождение нейрофибрилл представляет собой их сплетение, в парные перекрученные нити, разорванные в клочья. В этих нейрофибриллярных сплетениях также богато представлен амилоид.

*Клиническая картина*

Всего при этой болезни различают три стадии.

**1-я стадия.**

Ведущий симптом – утрата памяти на текущие события (фиксационная амнезия).

Общепринято мнение, что на начальной стадии пациенты осознают свое положение, испытывают тревогу, растерянность. Но в тоже время пациенты в ранней стадии удивительно редко обращаются за медицинской помощью.

**2-я стадия болезни.**

На этой стадии наблюдается большое многообразие симптомов, расстройства памяти усугубляются и все более захватывают давние события. Забывается полученное образование, место работы, имена детей, места проживания. Ярко проявляются расстройства речи: чаще это моторная афазия, чем сенсорная. Слоги произносятся в неправильном порядке, или пациенты в состоянии произнести лишь первый слог. Счет, письмо, чтение становятся совершенно невозможным. Развивающиеся расстройства носят общее образное название «синдром заката солнца».

Пациенты обычно сохраняют смутные представления о своей тяжелой болезни: говорят о ней, извиняясь, или же раздражаясь.

Эмоциональные расстройства также являются ведущими на этой стадии. Одни пациенты испытывают тоску, другие проявляют злобность и агрессивность.

Характерны для этой стадии бесцельные блуждания и бродяжничество пациентов. Особенно характерно ночное хождение и суетливость, в то время как днем пациенты нередко дремлют.

Наконец, на этой стадии наблюдается недержание мочи и кала. Нередко отмечается повышение тонуса мышц.

**3-я стадия болезни Альцгеймера.**

Это терминальная стадия болезни. У пациентов нарастает физическое истощение. Они оказываются прикованными к постели. Нарушение запоминания и памяти становятся еще более выраженными, так же как нарушение речи и выполнение автоматизированных действий. На первый план выступают соматические нарушения. Повышается тонус мышц, нарушается глотание.

Смерть пациента может наступить от попадания пищи в дыхательные пути, от аспирационной пневмонии, от вторичных инфекций, т.к. иммунитет резко падает.

***Сестринский процесс***

*Особенности общения с пациентами:*

- необходимость щадящего подхода к пациентам, так как многие из них, сознательно или подсознательно, тяжело переживают свое жалкое положение. Поэтому , при неудачах пациента при ответах на вопросы, следует его всячески одобрять («Эти расстройства у вас пройдут, и в следующий раз вы мне все расскажете»).

- У пациентов с далеко зашедшей деменцией медсестра может столкнуться с их агрессивным поведением. В таких случаях следует соблюдать социальную дистанцию (около 2 метров от них), попробовать внушить пациенту, что его безопасности и покою ничего не угрожает. В крайнем случае, рекомендуется оставить на время пациента одного и попробовать заменить себя другим лицом.

*Сбор информации:*

Опрос пациента дает неизмеримо меньше информации, чем его осмотр. При сборе информации о пациентах с БА необходимо получить следующие сведения:

1. Состояние запоминания.
2. Состояние памяти на давние события.
3. Сохранность функции чтения.
4. Сохранность функции письма.
5. Сохранность функции счета.
6. Сохранность узнавания предметов.
7. Понимание обращенной к нему речи, эмоциональные реакции при расстройствах.
8. Возможность правильного выговаривания слов, выражения своих просьб, жалоб.
9. Сохранение элементарных двигательных навыков: еда, одевание, мытье и др. Риск возникновения аспирационной пневмонии и закупорки дыхательных путей при поглощении пищи.
10. Общий фон настроения. Имеется ли у пациента наклонность к агрессии или злобным аффектам, депрессивным взрывам.
11. Опрятность, вероятность мочеиспускания и дефекации в неподходящих местах.
12. Состояние двигательной сферы: имеются ли тенденции к блужданию или бродяжничеству.
13. Соматические расстройства: наличие инфекций полости рта, мочеполовой сферы и т.д.
14. Состояние сна пациента: дневная сонливость и ночное суетливое беспокойство.
15. Стабильность веса пациента, нет ли признаков истощения.
16. Общее отношение к пациенту родных и близких: понимание, сочувствие, отторжение, враждебность.
17. Способность семьи и близких осуществлять уход за пациентом.
18. Знание семьей и близкими характера заболевания и специфических приемов ухода: необходимость частых проявлений любви и сочувствия, ограничения выбора и др.
19. Душевное (эмоциональное состояние) лиц, осуществляющих уход. Нет ли стремлений к избеганию пациента, переутомления.

**Планирование сестринских вмешательств**

1. *Общие правила при проведении любых вмешательств.*

Проводить все взаимоотношения с пациентом в спокойной , доверительной манере, помогать ему поддерживать самоуважение, не допускать уменьшительных именований («кисонька», «лапочка»), не проявлять недовольство при неудачных ответах и реакциях пациента, и в то же время всячески одобряя его при успехах, максимально упростить содержание своих вопросов и указаний.

1. *Вмешательства, направленные на преодоление соматических нарушений, связанных с БА.*

– Тщательно следить за весом. При падении веса изменить состав пищи, предпринять введение белковых гидролизатов. Оценка–еженедельно.

– Научить семью и близких давать высококалорийную и легкоусвояемую пищу, не вызывающую раздражение кишечника, не вызывающую расстройство глотания.

Оценка – еженедельно.

– Принять меры к предупреждению дегидратации, ввести в обиход употребление витаминизированных соков. Оценка – еженедельно

– Осмотр полости рта – ежедневно.

– Периодически осмотр врача-терапевта (1 раз в месяц).

– Проверять правильность одевания пациента в разные сезоны года: предупреждать укутывание, исключить стесняющую, раздражающую одежду. Оценка – ежедневно.

3*.* Вмешательства*, учитывающие расстройства памяти, речи, узнавания предметов, чтения, письма.*

– Проверить возможности пациента, не стараться обучать его заново или переучивать. При уходе пытаться сохранить оставшиеся возможности.

– Ввести в правило основной принцип ухода при БА – ограничение выбора. Это значит – определять самому, а не предлагать пациенту выбор одежды, пищи, мест отдыха, мест прогулок и т.д., так как адекватность выбора стоит за пределами возможностей пациента, утомляет его, может вызвать депрессию или агрессивность. Оценка выполнения этого принципа ухода близкими – еженедельно.

– Ввести в обиход постоянный режим пациента, включающий даже время физиологических отправлений, что предупреждает частично его неряшливость и неопрятность. Оценка – еженедельно.

4. Вмешательства, направленные на коррекцию эмоциональных расстройств пациента:

– Создать вокруг пациента атмосферу сочувствия, доверительности и одобрения.

– После консультации с врачом давать пациенту антидепрессанты или транквилизаторы. Учитывать возможность побочных эффектов – атаксии, сухости слизистых, изменения мочеиспускания, сердечных аритмий, ежедневно осматривать пациента и периодически проводить ЭКГ. Оценка – еженедельно.

– При резких агрессивных вспышках после консультации с врачом вводить пациенту нейролептики.

5. Вмешательства, направленные на коррекцию отношений в семье.

– Проверить полноценность ухода за пациентом, внести необходимые коррективы.

– Ознакомить семью и близких с основными симптомами БА, опровергнуть возможные предубеждения, когда близкие принимают симптомы болезни за проявления дурного характера, распущенности т.д.

– Научить семью и близких соблюдению двух принципов ухода при БА – ограничению выбора и постоянной демонстрации любви к пациенту. Оценка – еженедельно.

*Даже очень частую демонстрацию любви и уважения к пациенту он каждый раз воспринимает как впервые.*

– По возможности привлечь наибольшее число лиц к уходу за пациентом, учитывая изнурительность этого труда. Особенно надо это сделать при утомлении родственников и близких, когда они вследствие этого избегают пациента.

Помимо всего вышеизложенного, медсестра должна сама научиться полноценному отдыху и релаксации.

**Современные принципы профилактики деменции**

*«Фунт профилактики стоит пуда лечения» Н.И.Пирогов.*

Профилактика деменции включает две главные стратегии:

* 1. повышение церебральных резервов;
  2. снижение повреждающих воздействий на головной мозг.

Для выполнения этих задач необходимо заботиться о сохранении когнитивных функций с молодых лет. Недаром Ломоносов отмечал: «Кто достигнет старости, тот почувствует болезни от роскошей, бывших в юности, следовательно, в молодых летах должно от роскошей удаляться». Кроме того, большое значение приобретает ранняя диагностика легких и умеренных когнитивных расстройств. Перспективным представляется организация школ «здоровой памяти» как первой ступени профилактики деменции.

**Контрольные задания**

1. Перечислите основные проявления 1-й, 2-й, 3-й стадий деменции при болезни Альцгеймера.
2. Перечислите основные сестринские вмешательства при деменции при БА.
3. Ознакомьтесь самостоятельно с этапами развития сосудистой деменции.
4. Разработайте план основных сестринских вмешательств при сосудистой деменции.
5. Сделайте конспект основных сестринских вмешательств при деменции у больных СПИДом.
6. Перечислите правила общения с пациентами с перенесенной ЧМТ.
7. По каким признакам можно заподозрить у пациентов начинающуюся опухоль мозга?

**ЛЕКЦИЯ №4 «Психические расстройства, связанные с соматическими и инфекционными заболеваниями».**

**Симптоматические психозы**

1. Астенический синдром

При соматических заболеваниях это наиболее универсальное психическое расстройство.

Астения – психическая слабость.

Церебрастения – психическая слабость, связанная с каким-то отчетливым поражением мозга.

Неврастения – психическая слабость, связанная с длительным психическим перенапряжением или психотравмой.

Причины соматогенной астении: аноксия нервной ткани при сердечно-сосудистых заболеваниях и болезнях органов дыхания, воздействие на мозг токсических продуктов при инфекциях, интоксикациях, аутоинтоксикациях; хронический болевой синдром и ряд других вредоносных для мозга воздействий.

Клинические проявления

Психическая истощаемость (утомляемость)

- выражена при умственной деятельности и мало заметна при физической. Признаками наступающего утомления являются рассеянность, внутреннее напряжение, а также неглубокие вегетативные расстройства ( головные боли, потливость).

- Вторым классическим проявлением астении является раздражительность. Больного раздражает все, что раньше оставляло его спокойным. Раздражение может выражаться во вспышках гнева, мгновенном и долгом ухудшении настроения, а также сопровождаться вегетативными расстройствами.

Различают гиперстенический и гипостенический варианты астении, с преобладанием соответственно раздражительности или утомляемости.

Феномен «общей гиперестезии» возникает при заметно выраженной астении и охватывает непереносимость внешних раздражений (громких звуков, резких запахов, неожиданных прикосновений, внезапного включения света).

При астении нарушается внимание, причем все его свойства – концентрация, переключаемость.объем.

Больные часто жалуются на «потерю памяти». На самом деле запоминание текущих событий у них не страдает, а нарушается процесс репродукции памяти (« вспоминание» в).

При истинном астеническом синдроме речь идет о затруднении мышления в силу утомляемости. Основные же свойства мышления (способность к анализу и синтезу, конкретизации и абстрагированию) не страдают. Ориентировка в месте и времени в период астении никогда не утрачиваются.

Настроение может быть несколько снижено. Характерны колебания настроения. Появление эйфоричности является неблагоприятным прогностическим признаком – свидетельством начала формирования психоорганического синдрома.

Кардинальным симптомом астении является нарушение сна.

К другим нарушениям здоровья следует отнести снижение аппетита, острые приступы голода; половые дисфункции, вегетативные расстройства. В отличие от соматоформных расстройств они не связаны с каким-то эмоциональным стрессом.

Могут появляться различные фобии (кардиофобии, канцерофобии, лиссофобии и т.д.).

Течение астении

Зависит от длительности и тяжести основного заболевания. Обычно астения имеет место в течение нескольких недель. Иногда восстановление задерживается, необходимо вмешательство психиневролога или психиатра. Все же в большинстве случаев при адекватном лечении астенические состояния полностью обратимы.

**2. Синдромы помрачения сознания**

Эти синдромы имеют исключительно соматогенное происхождение. Они могут возникать на фоне астении при ухудшении течения основного заболевания. В психиатрии сознание считается помраченным в следующих случаях:

* Когда больной не осмысливает места своего пребывания в настоящий момент;
* Когда больной не осмысливает времени своего пребывания в текущий момент;
* Когда больной не осмысливает , кто он в прошлом и настоящем.

Наиболее частой формой помрачения сознания при соматических заболеваниях является **делирий**. Его основные признаки:

- дезориентировка в месте и во времени с сохранением аутопсихической ориентировки;

- наплыв галлюцинаций ( большей частью зрительных);

- страх;

-психомоторное возбуждение.

Различают определенные стадии развития и разновидности делирия. Чаще всего делирий развивается постепенно, в течение нескольких суток (исключение составляют делириозные состояния при острых отравлениях).

Признаки начала делирия, его предвестники следующие:

- появление внутреннего беспокойства, пугливости;

- Еще большее увеличение чувствительности к любым внешним раздражениям (даже тихому разговору и легкому прикосновению);

- Яркие образные представления, сравнимые с видимыми наяву, при закрывании глаз (гипнагогические галлюцинации);

- Появление фигур, изображений животных, человеческих лиц на обоях, местах неровностей стен, особенно в вечернее время;

- Появление истинных зрительных галлюцинаций лишь в вечернее время.

Далее следует развернутая стадия делирия. Помрачение сознания. Выраженность психических нарушений постоянно колеблется. Наблюдаются светлые промежутки.

Делирий большей частью заканчивается критически, после длительного сна. Литическое окончание реже. Делирий может возобновиться в связи с ухудшением основного заболевания. После окончания делирия наблюдаются длительные астенические состояния.

Разновидности делирия:

- Абортивный делирий.

- Профессиональный делирий.

- Мусситирующий делирий.

- Делириозно-аментивные состояния.

- Делириозно-онейроидные состояния.

Более тяжелой формой помрачения сознания является аменция. Основные признаки аменции:

- дезориентировка во времени, в месте, и в собственной личности;

- аффект растерянности;

- бессвязность речи и в то же время речевое возбуждение;

- хаотическое возбуждение в пределах постели;

- полная амнезия периода помрачения сознания.

Наиболее часто аментивные состояния наблюдаются при мозговых инфекциях.

**Сумеречные состояния сознания**наблюдаются еще реже, чем аменция, тем более делирий. Основные признаки:

- пароксизмальность (внезапность) начала и окончания;

- полная дезориентировка больного;

- сохранение автоматизированных движений, обычно однообразных;

- полная амнезия периода помрачения сознания.

Больной в сумеречном помрачении сознания всегда представляет потенциальную опасность для окружающих. После агрессивного акта больной обычно засыпает. Разновидностей сумеречных состояний в психиатрии описано много. Однако при соматических заболеваниях длительные расстройства малохарактерны. При возникновении сумеречных состояний необходим срочный вызов психиатра, и не столько для экстренной терапии (эти состояния кратковременные), сколько для предупреждения их последующего возникновения.

Наконец, упомянем об онейроиде. Заболевание преимущественно развивается при шизофрении. Однако нередко онейроидное расстройство сознания сочетается с температурной реакцией (это так называемая «фебрильная шизофрения»). Основные признаки онейроида:

- фантастические псевдогаллюцинации;

- деперсонализация;

- двойная ориентировка;

- двигательная заторможенность или стереотипное возбуждение;

- амнезия обстоятельств больничной жизни, но не галлюцинирования.

Это состояние устраняется лишь при применении психотропных средств. Попытка снизить температуру тела с помощью антипиретиков или антибиотиков бесполезна.

1. **Аффективные расстройства**

В психиатрии в основном различают два из них, причем с противоположным знаком.

**Мании:** повышение настроения, увеличение речевой активности, двигательная расторможенность, иногда идеи переоценки собственной личности.

**Депрессии**: снижение настроения, потеря способности радоваться, уныние, тоска, тревога. Снижение речевой активности, двигательная заторможенность. Для депрессий у соматических больных характерны сенестопатии, различного рода ипохондрические идеи – о неизлечимости основного заболевания, о безнадежности и бесперспективности лечения. Пациенты могут высказывать и суицидные идеи, но нестойкие. Глубоко расстраивается сон, снижается аппетит, по утрам пациенты испытывают чувство разбитости.

Депрессии могут развиваться при самых различных заболеваниях. Они очень часты при обезображивании лица. Характерны для ряда эндокринных заболеваний.

Внимание! После операций удаления щитовидной железы нередко остро развиваются синдромы помрачения сознания.

Совершенно своеобразны расстройства настроения у онкологических больных с плохим прогнозом заболевания. Для них не характерны глубокие депрессии, истерические проявления, фобии. Наблюдается состояние тихой обреченности: пациенты малоподвижны, тихо разговаривают, выражение лица скорбное. Они нередко переживают калейдоскопический поток воспоминаний, весьма ярких, близких к галлюцинациям.

**Заострение черт характера** у соматических больных : повышенная театральность, подчеркивание исключительности своего заболевания, придумывание несуществующих диагнозов у истерических личностей. Угрюмо-злобный фон настроения, эгоизм, неприязненное отношение к семье и медработникам у эмоционально-неустойчивых личностей. Могут развиваться бредовые идеи и ипохондрические расстройства.

**Психозы послеродового периода** обычно развиваются на фоне послеродовой инфекции., часто на фоне гнойного мастита., и характеризуются в начале синдромами помрачения сознания, обычно – делирием. Делирий может перейти в аменцию. Однако обычно после делириозных состояний и выраженных астений наступает выздоровление.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. При исключительном или в основном соматогенном происхождении психических расстройств пациентов переводят в психиатрические стационары лишь в крайнем случае.
2. Применение препаратов с возможно более мягким действием, не обладающих гепато- или нефротоксическим действием.
3. При астенических состояниях применяют большие дозы витаминов, поливитаминные комплексы, введение глюкозы, ноотропные средства (пантогам, пирацетам, энцефабол).
4. *Алгоритм неотложной* помощи *при возникновении делирия при соматогенных заболеваниях*

*1)* Установить около пациента индивидуальный пост.

2) Вызвать дежурного или лечащего врача.

3) Механического стеснения не применять, только удерживание!

4) Приготовить к приходу врача ампулы аминазина, или тизерцина, или галоперидола, а также реланиума и непременно сердечных и дыхательных стимуляторов (кордиамина, сульфокамфокаина).

5) Применить медикаменты, назначенные врачом. Наблюдать за психическим и соматическим состоянием пациента (частотой и характером пульса, АД, дыханием).

1. При аментивных состояниях применяются более длительно применяются мягкодействующие нейролептики: сонапакс, неулептил.
2. При фобиях эффективны транквилизаторы, антидепрессанты.
3. Поскольку психомоторное возбуждение при послеродовых психозах весьма выражено, применяются мощные нейролептики: аминазин, галоперидол.

**Контрольные задания**

1. Опишите варианты субъективной оценки своего состояния пациентами соматических клиник.
2. Назовите синдромы психических расстройств в терапевтической клинике, в хирургическом отделении, травматологическом отделении, родильном доме.
3. Составьте план сестринских вмешательств при психических расстройствах у соматических больных.
4. Выучите наизусть алгоритм оказания доврачебной помощи при делирии.

**ЛЕКЦИЯ №5 «Пограничные состояния. Психопатии»**

Группа психических и поведенческих расстройств, обозначенная термином «пограничные», характеризуется:

1) психогенным или личностным механизмом возникновения;

2) непсихотическим уровнем психических расстройств.

Пограничные состояния - это патологические проявления, которые не превращают человека в полном смысле в душевнобольного, но и здоровым при этом он себя не считает, и не расценивается здоровым окружающими.

К пограничным состояниям относятся:

* специфические расстройства личности;
* невротические расстройства;
* реакции на тяжелый стресс.

**Терапия пограничных психических расстройств**

Одним из основных способов терапии считается психотерапия. Она включает использование как консультативных и коррекционных методик, так и собственно психотерапии.

Психофармакологические средства необходимы и обоснованы, так как психопатологические и вегетативные симптомы имеют нейробиологическую базу. Для лечения невротических расстройств используют транквилизаторы, антидепрессанты, «малые» нейролептики и препараты из иных групп. Помимо психотропных средств эффективны вегетотропные лекарства. Необходимо учитывать возможности поддержки со стороны близких, культуральные и социальные особенности личности.

При тревожно-фобическом расстройстве применяют антидепрессанты, транквилизаторы, β-адреноблокаторы, ноотропы, реже нейролептики.

При посттравматическом стрессовом расстройстве рекомендуется использование антидепрессантов, карбамазепина, солей лития, нейролептиков и транквилизаторов.

Диссоциативные расстройства диктуют необходимость сочетания гипнотерапии с транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами.

Лечение личностных расстройств включает сочетание психокоррекционных мероприятий с применением транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков.

**1. Специфические расстройства личности**

**Личностные расстройства (психопатии)** в соответствии с МКБ-10 есть глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями в виде чрезмерных особенностей восприятия, мышления, чувствования и, особенно, межличностных отношений. Они появляются в детстве и подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Специфические расстройства личности – это выраженные и стойкие аномалии характера и поведения, препятствующие социальной адаптации человека.

***Признаки специфических расстройств личности***

* они проявляются везде: дома, на работе, в ситуациях, как труда, так и отдыха;
* они сохраняются в течение всей жизни, впервые выявляясь в детском или подростковом возрасте, редко позднее;
* именно расстройства характера, а не неблагоприятные внешние воздействия, обусловливают трудность социальной адаптации.

***Причины***

1. Наследственный фактор.
2. Неправильное, извращенное воспитание или хронический стресс в детском возрасте.
3. Ранние вредные влияния на развивающийся мозг (патология беременности, менингиты, энцефалиты, перенесенные в раннем возрасте).

***Виды специфических расстройств личности***

**Шизоидное расстройство личности (шизоидные психопаты)**

Основная аномалия характера - замкнутость и необщительность.

**Истероидные психопаты**

Демонстративны, общительны, театральны, стремятся быть в центре внимания, произвести впечатление. Часто лживы.

**Паранойяльные психопаты**

Характерно общая подозрительность и убежденность в своем превосходстве.

**Диссоциальные психопаты**

Жестоки, бессердечны, неспособны к дружбе и любви. Пренебрегают социальными и общественными нормами, тяготеют с раннего возраста к алкоголю, наркотикам, хулиганским действиям. Равнодушны к своему будущему.

**Гипертимные психопаты**

Энергичные, инициативные, имеют одновременно массу интересов, планов. Любят большие компании, склонны к азартным играм, приключениям и риску. Плохо переносят любые ограничения их свободы.

**Гипотимные психопаты**

С раннего возраста пониженное настроение, много брюзжат, ворчат. Безнадежные пессимисты в учебе, работе, семейной жизни. Старательны, исполнительны. Друзей имеют мало.

**Эмоционально неустойчивые психопаты**

Характерно беспричинное колебание настроения. Легко вступают в конфликты из-за своей нестабильности и ненадежности.

**Возбудимые (эпилептоидные) психопаты**

Аккуратны, обстоятельны, педантичны, консервативны. Упорны и трудолюбивы в достижении цели. Мстительны, жестоки, подозрительны. С людьми, от которых зависят, угодливы и слащавы.

**Астенические (зависимые) психопаты**

Люди застенчивые, с повышенной впечатлительностью, чрезмерно ранимые. Самооценка занижена, плохо преодолевают любые трудности. Пользуются своей «слабостью», помощь воспринимают, как должное.

**Психастенические психопаты**

Основными чертами является постоянное сомнение и неуверенность в принятии решений. Деликатны, застенчивы, педантичны, тревожно-мнительны. Занимаются самокопанием.

***Особенности лечения***

Поскольку личностные расстройства сопровождают пациента всю жизнь, постоянное медикаментозное лечение не применяют. При обращении таких лиц за консультативно-лечебной помощью психотерапия должна проводиться обязательно.

1. При заострении шизоидных черт - нейролептики с активирующими свойствами

(рисполепт, эглонил, тиаприд).

1. При заострении параноидных черт - нейролептики (трифтазин, мажептил).
2. Астеническим и психастеническим личностям - антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами на ограниченное время, не допуская самолечения.

**2. Невротические расстройства, связанные со стрессом (неврозы)**

Это психические расстройства, обусловленные внутриличностным конфликтом в связи с воздействием на человека значимых психических травм и несовершенством механизмов прогнозирования и психологической компенсации, проявляющиеся непсихотическим, психическими и соматовегетативными нарушениями.

**Причины**

1. Эмоциональный стресс
2. Переутомление

Этиопатогенез:

1. **- нейрофизиологическая научная платформа** базируется на классических представлениях И.П.Павлова о том, что всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них. Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте. Важное значение придается ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит, хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания.

**- психологическая платформа** является на современном этапе преобладающей как в западной, так и в отечественной психиатрической литературе. Она содержит анализ значимости множества различных психологических параметров.

- **антинозологическая платформа**. Невроз, с точки зрения западной психотерапевтической школы «новой волны», вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам.

В настоящее время объединяющими различные подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются:

- психическая травма

- преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров – темперамента и характера.

**Признаки невротических расстройств:**

1. Всегда приобретенные.
2. Критика к себе сохранена.
3. При адекватном лечении излечимы.

***Клинические проявления***

Клинические проявления разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Остановимся на наиболее ярких и часто встречающихся в практике медсестры.

**Неврастения**

1. Повышенная утомляемость.
2. Эмоциональная лабильность.
3. Расстройства сна.
4. Снижение внимания и памяти.
5. Снижение сексуальности.
6. Соматические и вегетативные расстройства.

**Невроз навязчивых состояний**

1. Навязчивые страхи, мысли, воспоминания, действия.
2. Критически относится к имеющимся навязчивостям, но не может самостоятельно освободиться от них.

**Истерический невроз**

1. Развивается у лиц с повышенной внушаемостью и способностью к ярким образным представлениям.
2. Способен воссоздать внешние признаки любой болезни о которой имеются представления.
3. Поведение демонстративное, театральное.

***Особенности терапии невротических расстройств.***

* Устранение психотравмирующей ситуации.
* Режим дня.
* Полноценный сон.
* Умеренные физические нагрузки.
* Психотерапия.
* Транквилизаторы (мезапам, нитразепам, реланиум, феназепам).
* Поливитамины.
* Ноотропные препараты.
* Физиотерапия.

**3. Реакции на тяжёлый стресс (психогении)**

По МКБ-10 подразделяются на:

1. Острые реакции на стресс.
2. Посттравматические стрессовые расстройства.
3. Расстройства адаптации.
4. Диссоциативные расстройства.

**Посттравматическое стрессовое расстройство**, как правило, обусловлено следующими факторами:

1. военными действиями,
2. природными и искусственными катастрофами,
3. террористическими актами,
4. службой в армии,
5. отбыванием заключения,
6. насилием и пытками.

*Типичными признаками являются:*

- эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений,

- отчуждение от людей,

- утрата интереса к жизни,

- эмоциональная притупленность,

- уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагических событиях.

**Расстройства адаптации** в виде депрессивных реакций, реакций с преобладанием тревоги или нарушением поведения, диссоциативные расстройства. Эти расстройства считаются состояниями субъективного дистресса и проявляются, в первую очередь, эмоциональными расстройствами в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию.

В случае депрессивного варианта появляются такие аффективные расстройства как горе, пониженное настроение, склонность к уединению, суицидальные мысли и тенденции.

При тревожном варианте доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости и страха, спроецированные в будущее, ожидание несчастья.

Паническое расстройство характеризуется повторяющимися приступами тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом возникают периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушением поведения в виде психомоторного возбуждения, страха приближающейся смерти, который проявляется тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, удушьем, головокружением и чувством нереальности происходящего.

**Диссоциативные расстройства** наблюдаются в условиях острых психических травм при невозможности, нежелании или неумении разрешить возникшие проблемы Виды:

- диссоциативная амнезия,

- диссоциативный ступор,

- диссоциативная фуга,

- трансы и состояния овладения,

- диссоциативные расстройства моторики.

***Особенности лечения***

Острые реакции на стресс нуждаются в немедленном купировании. В таких случаях применяются мягкое механическое ограничение, введение нейролептиков, срочная эвакуация с места происшествия. После эвакуации с пациентами проводится психотерапевтическая работа, на короткое время назначаются общеукрепляющие и седативные средства.

Расстройства адаптации требуют длительной медикаментозной терапии, а по мере затихания расстройств – всё более интенсивных психотерапевтических воздействий.

Лечение диссоциативных расстройств представляет весьма сложную проблему. Среди медикаментозных средств лечения предпочтение отдаётся мягко действующим нейролептикам (неулептил, сонапакс), транквилизаторам (феназепам, реланиум). Нужно помнить, что пациент отнюдь не является симулянтом, не придумывает, просто для его хрупкой нервной системы психотравмирующее переживание явилось непереносимым. Медсестра обязательно должна участвовать в осуществлении психотерапевтических вмешательств наряду с другими специалистами, внушая пациенту необходимость продолжения жизненной активности, несмотря на утраты или унижения.

**Контрольные вопросы:**

1. Какие психические расстройства относятся к группе пограничных?
2. Чем пограничные психические расстройства отличаются от иных?
3. Какие характеристики психической травмы являются наиболее значимыми для формирования невротических расстройств?
4. Что характеризует параноидное расстройство личности?
5. Какие заболевания входят в группу классических психосоматических заболеваний?
6. Какие препараты используются в лечении пограничных расстройств?
7. Дайте характеристику личностным расстройствам (выполните задание в письменном виде)

- параноидное расстройство личности

1)

2)

3)

4)

5)

- шизоидное расстройство

1)

2)

3)

4)

5)

- диссоциальное расстройство

1)

2)

3)

4)

5)

**Лекция №6.** **Психические и поведенческие расстройства при злоупотреблении алкоголем.**

Алкоголизм как заболевание вызывается систематическим употреблением спиртных напитков, характеризуется влечением к ним, приводит к психическим и физическим расстройствам и нарушает социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием.

Основное клиническое проявление алкоголизма – синдром зависимости. Его клинические признаки: нарушение способности контролировать прием алкоголя и дозы; «абстинентный» (похмельный) синдром; изменение толерантности к алкоголю; смещение интересов в сторону употребления спиртного и продолжения его употребления, не смотря на вредные последствия его для здоровья.

3 стадии алкоголизма.

1. Стадия психической зависимости. Патологическое влечение к алкоголю.
2. Стадия физической зависимости. Появляется абстинентный синдром. Толерантность достигает максимума. Развиваются изменения личности. Изменения носят обратимый характер.
3. Добавляется энцефалопатический (органический) синдром. Снижение толерантности к алкоголю. В этой стадии возникают хронические алкогольные психозы.

**Алкогольные психозы**

Алкогольный делирий. Характеризуется нарушением ориентировки в окружающем и зрительными галлюцинациями. Поведение больного отражает характер испытываемых переживаний.

Алкогольный галлюциноз. Больные испытывают обильные слуховые галлюцинации. Больной становится как бы участником разнообразных галлюцинаторных ситуаций.

Алкогольный параноид. Называется еще алкогольным бредом преследования. Преобладающий аффект страха может перерастать в панический ужас или отчаяние. Больные могут быть крайне опасны для себя и окружающих.

Алкогольная депрессия. Характеризуется всеми клиническими признаками депрессии и развивается через 7-10 дней после прекращения злоупотребления алкоголя.

Неврологические расстройства при алкогольной зависимости

1. Алкогольная эпилепсия.
2. Алкогольная полинейропатия.
3. Рассеянный энцефаломиелит.

***Основные сестринские вмешательства***

* При уходе за пациентами в острой фазе развития алкогольного психоза:

- сведение к минимуму, устранение или предупреждение насилия , направленного на самого себя или окружающих, при этом не исключаются временные меры физического стеснения и медикаментозной терапии.

- контроль и тщательная регистрация нарушений психической деятельности.

- контроль и регистрация состояния сознания и памяти.

* При уходе за пациентами , получающими дезинтоксикационную терапию, непрерывное наблюдение во время процедуры внутривенного капельного вливания, мониторинг общего состояния и сердечно-сосудистой системы, регистрация возможных побочных эффектов психотропных препаратов.
* При уходе за пациентами, получающими тетурам – мониторинг общего состояния, сердечно-сосудистой системы во время проб, обеспечение частых лабораторных исследований биохимических показателей крови.
* При уходе за пациентами, проходящими лечение от алкогольной зависимости:

- постепенно возрастающие психотерапевтические воздействия, обеспечение участия пациента в групповых и др. формах психотерапии, контакт с психологом, самостоятельные беседы.

- обучение пациента поведению при угрозе рецидива алкогольной зависимости

- обучение пациента избеганию стрессовых ситуаций и поведению в случае их возникновения.

* Работа с семьей пациента (информирование и обучение)
* Работа в месте занятости пациента совместно с социальным работником: объяснение состояния пациента, перспектив его выздоровления, значимости занятости для него, попытка повторного трудоустройства или нового трудоустройства.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ**

1. Перечислите стадии течения алкогольной зависимости.
2. Что должна отмечать медсестра в дневнике при наблюдении за больными с зависимостью от алкоголя?
3. Алкоголь это наркотик? Приведите аргументы в пользу своего ответа. Выполните задание письменно.
4. Какие задачи должен ставить перед собой медработник при профилактике алкогольной зависимости?
5. Выпишите в тетрадь препараты для лечения алкогольной зависимости в период формирования ремиссии.

**Лекция №7. Основные понятия наркологии. Организация**

**наркологической помощи.**

Наркомании – это хронические наркологические заболевания, развивающиеся в результате употребления наркотиков (лекарственных и нелекарственных средств, отнесенных приказом Министра здравоохранения и социального развития РФ от 12 ноября 1997 года №330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписки и использования наркотических лекарственных средств» к наркотическим средствам) с формированием к ним патологического влечения, зависимости, абстинентного синдрома с характерными психическими (личностными) расстройствами и соматическими последствиями.

Если сравнить клинику алкоголизма с клиникой типичных наркоманий, то можно отметить их общие признаки:

* Патологическое влечение;
* Синдром зависимости;
* Синдром измененной реактивности;
* Пограничные психические нарушения;
* Психотические состояния у определенных групп больных наркоманиями;
* Физические нарушения;
* Неврологические нарушения;
* Явления социальной деградации.

Особенности типичных наркоманий:

1. Патологическое влечение к наркотику отличается очень большой силой, оно носит компульсивный характер, обсессивность обычно отсутствует. По сравнению с алкоголизмом влечение к наркотику более тесно связано с эйфорическим эффектом его действия.
2. По сравнению с алкоголизмом, явления зависимости формируются очень быстро (в течение нескольких месяцев, тогда как при алкоголизме – нескольких лет), вследствие этого стадия психической зависимости мимолетна. В рамках физической зависимости имеет первостепенное значение тяжелейший абстинентный синдром.
3. Среди симптомов синдрома измененной реактивности практическое значение имеет высокая толерантность к наркотику. Толерантность при типичных наркоманиях повышается очень быстро и значительно более высокая по сравнению с алкоголизмом (увеличивается в 200-300 раз, а при алкоголизме максимально в 10-12 раз). До стадии падения толерантности больные обычно не доживают вследствие злокачественности течения болезни.

Все наркомании можно разделить на две большие группы:

наркомании, вызываемые наркотиками с седативным действием;

наркомании, вызываемые наркотиками и приравненными к ним веществами со стимулирующим действием.

В отдельную группу наркоманий следует отнести заболевания, вызванные приемом галлюциногенов (ЛСД и др.).

Опиоидная наркомания

Хроническое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к опиоидам, развитием зависимости от них и выраженными медицинскими и социальными последствиями их употребления.

Опиоидная наркомания наиболее типична для всей группы наркоманий.

Способ введения препарата – внутривенный.

Болезненная зависимость развивается очень быстро – в течение нескольких месяцев – в среднем, 4-6.

Фаза психической зависимости проходит незамеченной, и практически принимается во внимание фаза физической зависимости.

Физическая зависимость характеризуется сильнейшим компульсивным влечением к наркотику, тяжелым и продолжительным (до 2 недель0 абстинентным синдромом.

* Сильное желание, тяга к введению опиоидов.
* Утрата жизненных интересов, кроме стремления к приему наркотика.
* Личность больных огрублена (лживость, равнодушие, скрытность).
* Клиническая картина опиоидного опьянения: апатия, благодушное настроение, эйфория; психомоторная заторможенность, реже расторможенность со смазанностью речи, снижением критики к своим поступкам и высказываниям; резкий миоз; бледность, сухость кожи и слизистых, гипотензия, брадикардия.
* Абстинентный синдром:

Развивается через 12-14 часов после последнего введения препарата и достигает максимума через 24-48 часов;

Сильное желание принять наркотик, в этот период желание практически непреодолимо;

Сильные мышечные и суставные боли («ломка»);

Тоска, чувство «безнадежности», бесперспективности, тревога, сенестопатии;

Бессонница;

Абдоминальные судороги, тошнота, рвота, диарея;

Расширение зрачков, «гусиная кожа», периодический озноб, тахикардия, гипертензия и т.д.;

Ранние признаки: зевота, слезотечение, насморк с чиханием, зуд в носу, «заложенность носа»

* Период отставленных проявлений абстинентного синдрома может продолжаться от 2 до 5 недель после исчезновения острой симптоматики: пониженное неустойчивое настроение, дисфория, психический дискомфорт, астения, нарушение сна, суицидальные тенденции.
* Признаки длительной наркотизации: множественные следы инъекций вдоль вен, вены утолщены, выглядят как «жгуты». По их ходу рубцы, шрамы в виде «звездочек». Флебиты.

Лечение

Цель: прекращение приема наркотиков, купирование влечения и абстинентного синдрома, коррекция аффективных и психопатоподобных расстройств.

Немедикаментозная терапия:

Психотерапия и реабилитация.

Лекарственная терапия:

Специфическая антиабстинентная терапия клонидином, тиапридом и т.д.;

Аналгетики;

Нейролептики как корректоры поведения;

Гипнотики;

Антиконвульсанты;

Соматические препараты по показаниям;

Антидепрессанты.

Профилактика

Антинаркотическая пропаганда, особенно среди подростков.

**Контрольные задания (выполнить в рабочей тетради).**

1. Укажите признаки наркотической интоксикации

Со стороны сознания:

* …..
* …..
* …..

Изменение настроения:

* …
* ..
* …

Изменение речи:

* …
* …
* …

Изменение внешнего вида и поведения:

* …
* ….
* ….

Изменение кожных покровов:

* ….
* ….
* ….

Изменение двигательной активности:

* …
* …
* ….

1. Типичные проблемы пациентов с наркотической зависимостью. Заполните таблицу.

|  |  |
| --- | --- |
| Основной, приоритетной проблемой является |  |
| Физические проблемы | 1  2  3 |
| Психические проблемы | 1  2  3 |
| Духовно-социальные проблемы | 1  2  3 |

**Приложение**

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ

*РАССТОРЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ*

**Анестезия** - полное отсутствие восприятия. Например, при инсульте не воспринимает прикосновения.

**Гипестезия** - пониженное восприятие, приглушение звуков, блеклость красок. Наблюдается при переутомлении, депрессивных состояниях.

**Гиперестезия** - усиленное восприятие, более яркое, четкое, громкое. Наблюдается при отравлении наркотическими средствами, при менингитах.

**Дереализация** - ощущение изменения и отчуждения окружающего мира, его нереальности и неестественности. Возникает при органических поражениях мозга, при шизофрении.

**Иллюзии** - ошибочное восприятие реально существующих предметов. Могут возникать при страхе, эмоциональном переживании, при алкогольном психозе, интоксикациях наркотиками.

**Галлюцинации** - ошибочное восприятие реально отсутствующего предмета, объекта. Это мнимовосприятие.

Делятся по органам чувств на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные. Целый ряд галлюцинаций опасны, например, императивные (слуховые приказного характера).

Галлюцинации подразделяются на:

* Истинные галлюцинации - воспринимаются вовне, в окружающем пациента пространстве. Они яркие, убедительные, поведение пациента, как при настоящем явлении. Длительность часы, недели. Являются показателем острого психического расстройства, могут быть при отравлении, остром инфекционном заболевании, лихорадке.
* Ложные (псевдогаллюцинации) чаще проецируются внутри тела пациента или в «особом поле», отличимом от реальности. Псевдогаллюцинации пациенты видят, слышат, но не верят, откуда они происходят, воспринимаются как нечто навязанное, насильственное, сделанное, подстроенное. Длительность месяцы, годы. Показатель хронического психического расстройства, являются симптомом при шизофрении.

*РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ*

**Ускорение мышления** - мысли текут быстро, их много, речь ускорена, пациент говорит непрерывно и т.к. не выразить в речи свои мысли постоянно перескакивает с одного предмета на другой. Характерно для маниакальных состояний.

**Замедленность мышления** - мысли текут медленно, тяжело, речь замедлена. Характерно для депрессий.

**Застойность мышления** (детализированность, вязкость, обстоятельность) - темп мышления и речи не изменен, но пациент с трудом переключается с одной мысли на другую, застревает на деталях или на каком-то слове. Характерно для эпилепсии.

**Разорванность мышления** - грамматическая связь объединяет слова, а логики между словами нет. Характерно для шизофрении.

**Резонерство** - пустое словесное рассуждательство. Может быть в норме и при шизофрении.

**Спутанность (бессвязность) мышления** - отсутствие связи между словами, речь представляет бессмысленный набор слов или фраз. Наблюдается при расстройстве сознания при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях.

**Патологическая продукция мышления**

**Навязчивое мышление** - мысль, сомнение, воспоминание появляются помимо воли человека и он не способен от нее отвязаться, хотя понимает ее болезненность. Наблюдается при утомлении, невротических расстройствах.

**Сверхценные идеи** - доминирующие, не соответствующие их значимости суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий. Суждения не носят нелепого характера, но приобретают особую значимость и определяют поведение человека.

**Бредовые идеи** - суждения и ложные умозаключения, носящие нелепый характер и совершенно неподдающиеся разубеждению. Характерно для шизофрении и биполярного аффективного расстройства. Разновидностей бредовых идей много, обычно подразделяют на три группы.

* Бредовые идеи величия - заключаются в убеждении пациента в своей особой значимости, исключительных способностях, высоком происхождении, богатстве.
* Бредовые идеи преследования - бред, характеризующийся убеждением больного в том, что он является объектом постоянного наблюдения, слежки.
* Бредовые идеи самоуничижения - бред, характеризующийся убеждением в собственной несостоятельности, никчемности, бездарности, виновности и т.п.

*РАССТРОЙСТВО ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА*

**Гипермнезия** - улучшение памяти и мыслительных способностей. Наблюдается при маниакальном возбуждении.

**Гипомнезия** - ослабление памяти. Может быть при переутомлении, чаще при органическом поражении головного мозга.

**Амнезия** - полная утрата памяти. Наблюдается при органическом поражении мозга. Различают следующие виды амнезий:

1. *Амнезия фиксационная* — утрата памяти на текущие события.
2. *Амнезия антероградная* — утрата памяти на события, последовавшие за состоянием нарушенного сознания.
3. *Амнезия конградная* — утрата памяти на события периода нарушенного сознания.
4. *Амнезия ретроградная* — утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

**Псевдореминисценции** - качественное нарушение памяти, проявляющееся в «переносе» реально имевших место событий во времени.

**Конфабуляции** — ложные воспоминания. Вымысел, события никогда не имеют места.

**Корсаковский синдром** включает в себя: неспособность запомнить то, что немедленно происходит, псевдореминисценции, конфабуляции, и расстройство ориентировки во времени. Эти нарушения стойкие. Наблюдается при алкогольном психозе, отравлениях, после тяжелых ЧМТ, энцефалитов.

**Слабоумие** - глубокое поражение интеллекта.

**Умственная отсталость** (прежний термин - олигофрения) - врожденное слабоумие.

**Деменция** - приобретенное слабоумие.

*ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА*

**Эйфория** - повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием. Наблюдается при наркотическом, алкогольном опьянении, маниакальном состоянии, при органическом поражении головного мозга.

**Дистимия** - снижение настроения.

**Депрессия** - резко сниженное настроение с ощущением тоски.

**Дисфория** - выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно­агрессивным аффектом. Характерно для эпилепсии.

**Апатия** - состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия. Развивается в результате шизофрении, при опухолях лобной доли, после тяжелых энцефалитов, ЧМТ, при глубокой умственной отсталости.

**Извращение эмоциональности** - неадекватность эмоциональных проявлений. Наблюдается при шизофрении, умственной отсталости.

*ВОЛЕВЫЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА*

**Гипобулия** - понижение волевой активности, ослабление побуждений.

**Абулия** — отсутствие волевых побуждений, стремления к деятельности. Абулия всегда сопровождается апатией, и их сочетание носит название апатоабулический синдром. Развивается при шизофрении, опухолях лобной доли головного мозга.

**Импульсивные влечения** и **действия** - внезапно и неотвратимо реализуемые действия или влечения. Наиболее часто наблюдаются:

* *дромомания* - непреодолимое и ничем не мотивированное стремление к перемене мест, бродяжничеству;
* *дипсомания* - внезапное непреодолимое влечение к пьянству;
* *пиромания -* непреодолимое влечение к поджогам;
* *клептомания -* влечение к воровству.

**Извращение инстинктивных влечений:**

**Анорексия** - ослабление или отсутствие чувства голода.

**Булимия** - патологическое чувство голода. Наблюдается при органических поражениях головного мозга и умственной отсталости.

**Психомоторное возбуждение** - двигательное возбуждение в сочетании с возбуждением других сфер психической деятельности (эмоций, мышления и др.).

**Ступор** - полная обездвиженность.

*РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ*

***Синдромы выключения сознания:***

**Оглушенность** - затруднение и нечеткость осмысления окружающего. Пациенты на вопросы отвечают замедленно и односложно. Память грубо нарушена, не могут запомнить, что только что говорили. Характерно для некоторых интоксикаций, ЧМТ, опухолей мозга, состояний после эпилептического припадка.

**Сопор** - почти полное отсутствие реакции на дистантные раздражители, примитивные реакции на непосредственные раздражители сохранены. Рефлексы сохранены.

**Кома** - отсутствие реакции на дистантные и непосредственные раздражители, отсутствуют зрачковые, роговичные и все другие рефлексы.

***Синдромы помрачения сознания:***

**Делирий** - характеризуется расстройством ориентировки пациентов в месте и во времени с сохранением ориентировки в собственной личности; наплывом иллюзий и истинных галлюцинаций, переживанием страха, психомоторным возбуждением. Период помрачения сознания часто амнезируется. Характерно для интоксикаций, инфекционных поражений головного мозга, тяжелых соматических заболеваний.

**Онейроид** - переживание фантастических, сказочных, крайне необычных сцен, наблюдаемых со стороны. Наблюдается при шизофрении.

**Аменция** - характеризуется полной дезориентированностью пациента как в месте и во времени, так и в собственной личности; бессвязной речью, беспорядочным двигательным возбуждением, обычно в пределах постели. Возникает при тяжелых соматических, инфекционных и других тяжелых заболеваниях мозга.

**Сумеречные состояния сознания** - характерна полная дезориентировка пациента и сохранение автоматизированных движений. Наблюдается при эпилепсии.

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

РАСПРОСТРАНЁННЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Название | Объединяющие симптомы | Заболевания, при  которых встречается |
| 1. | Маниакальный | Эйфория, речевое и двигательное  возбуждение, переоценка  собственной личности или бред  величия | Аффективные  расстройства,  шизоаффективные  расстройства |
| 2. | Депрессивный | Снижение настроения с тоской,  речевая и двигательная  заторможенность, идеи  самоуничижения | Аффективные,  шизоаффективные,  невротические  расстройства |
| 3. | Галлюцинаторно-  параноидный | Истинные галлюцинации и  псевдогаллюцинации, бред  преследования или величия | Шизофрения,  психозы при  алкогольной  зависимости |
| 4. | Кататонический | Ступор, отсутствие речевой активности, негативизм, каталепсия, периодическое возбуждение | Шизофрения |
| 5. | Гебефренический | Эйфория, возбуждение, дурашливость (гримасы, вычурные позы и др.) | Шизофрения |
| 6. | Апатоабулический | Эмоциональное безразличие  (апатия), отсутствие побуждений к деятельности (абулия) | Шизофрения,  опухоли мозга |
| 7. | Деперсонализационно-  дереализационный | Чувство изменения «Я»  (деперсонализация) и окружающего  (дереализация) | Аффективные  расстройства,  шизофрения |
| 8. | Корсаковский | Фиксационная амнезия,  расстройства ориентировки во  времени, конфабуляции | Алкогольная  зависимость,  последствия органического поражения мозга |
| 9. | Оглушенность | Затрудненное и замедленное  осмысление окружающего, речевая  и двигательная заторможенность,  нарушение запоминания | Черепно-мозговая  травма, опухоли  мозга, интоксикации |
| 10. | Делириозный | Дезориентировка в месте и во  времени, страх, зрительные  галлюцинации, психомоторное  возбуждение | Инфекционные, интоксикационные,  воздействия на мозг,  черепно-мозговая  травма |
| 11. | Аментивный | Дезориентировка в месте, во  времени, в собственной личности,  бессвязность речи, хаотическое  возбуждение в пределах постели | Длительные  изнуряющие  Соматические и  инфекционные  заболевания | |
| 12. | Онейроидный | Фантастически-калейдоскопические псевдогаллюцинации, деперсонализация, двойная ориентировка | Шизофрения | |
| 13. | Сумеречные  состояния сознания | Пароксизмально наступающая  полная дезориентировка с сохранением автоматизированных движений | Эпилепсия | |