

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО  
И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

---

ЦЕНТР СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО,  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

З.С. ЮНУСДЖОНОВА

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД

*Учебное пособие для  
профессиональных колледжей*

Издательский дом «ILM ZIYO»  
ТАШКЕНТ – 2015

УДК: 616.89(075)  
ББК 88.4  
Ю-56

*Рекомендовано к изданию Советом по координации  
деятельности научно-методических объединений высшего  
и среднего специального, профессионального образования*

**Составитель:**

***З.С. Юнусджонова*** – преподаватель предмета  
«Психологический уход» 1-го Республиканского  
медицинского колледжа

**Рецензенты:**

***Д.А. Уста-азизова*** – доцент кафедры педагогики  
и психологии ТашПМИ;

***У.И. Мамадалиева*** – заведующая кафедрой  
«Сестринское дело в общине», преподаватель предмета  
«Психологический уход» медицинского колледжа  
имени П.Ф. Боровского;

***С.А. Мирзаева*** – заведующая кафедрой  
«Сестринское дело в общине», преподаватель предмета  
«Психологический уход» 1-го Республиканского  
медицинского колледжа

Данное учебное пособие составлено в соответствии с учебной программой. Цель – ознакомление учащихся медицинских колледжей с системой организации психиатрической помощи; особенностями сестринского процесса в психиатрии; клиникой, течением, лечением, профилактикой психических заболеваний; реабилитацией психических больных.

Рекомендовано для учащихся и преподавателей медицинских колледжей.

ISBN 978-9943-16-207-5

© «ILM ZIYO», 2015

© З.С. Юнусджонова, 2015

---

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ

С обретением Республикой Узбекистан независимости в медицине, как и в других отраслях, происходят большие изменения. Огромное внимание уделяется повышению квалификации медицинских кадров. Перед нами, преподавателями медицинских колледжей, стоит задача воспитать высококвалифицированных медицинских сестер, работа которых будет отвечать требованиям сегодняшнего дня. Для этого одной из составляющих является создание новых учебных пособий для медицинских колледжей Республики Узбекистан.

Целью преподавания предмета «Психологический уход» является подготовка кадров в соответствии с Государственным отраслевым стандартом, способных выполнять навыки, которые бы отвечали мировым стандартам, решать проблемы больного.

В подготовке учебной литературы необходимо учитывать все новые разработки и исследования в области психологии и психиатрии. Психологический уход в настоящее время требуется не только психически больным людям, но и здоровому человеку.

В данном учебном пособии изложены история развития психологии и психиатрии в Узбекистане, изменения в этой области, рассказывается о местах оказания психологической помощи, индивидуальных особенностях, характере, темпераменте личности, классификации психической деятельности, особенностях психически больных, методах обследования, определении заболевания, классификации, лечении, особенностях сестринского ухода за больными с психическими заболеваниями и их реабилитации. Важная роль отводится особенностям отношений медицинского работника и пациента на различных этапах лечения. В настоящем учебном пособии изложены данные о психических заболеваниях – предмет «Нервные и психические заболевания» и о психической деятельности человека – предмет «Общая и медицинская психология».

Данное учебное пособие поможет обогатить свои знания не только будущим, но и действующим медицинским сестрам и сестрам высшей категории.

Это первый шаг в подготовке подобной литературы по психологическому уходу, поэтому возможно могут быть некоторые недочеты и недостатки.

Авторы с благодарностью примут замечания и предложения читателей, которые будут учтены при последующем переиздании.

---

---

## **РАЗДЕЛ 1**

### **ВВЕДЕНИЕ В «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД»**

#### **(Основы и особенности)**

#### **1.1. Понятие о предмете «Психологический уход»**

В настоящее время часто употребляются такие термины, как «здоровье», «ментальное здоровье», «психическое здоровье» и другие.

По определению Всемирной организации здравоохранения, «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков» (1946). «Здоровье – динамическая гармония личности и окружающей среды, достигнутая посредством адаптации».

**Психическое здоровье** – удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и примерное социальное поведение (К. Menninger). Психическое здоровье – позитивное состояние, обуславливающее ответственность, самоконтроль, самосознание и социально одобряемое поведение. Это одно из важнейших составляющих общего здоровья.

**По критериям ВОЗ, психическое здоровье определяется совокупностью следующих характеристик:**

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я,
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях,
- критичность к себе и своей собственной психической деятельности и ее результатам,
- адекватность психических реакций силе и частоте воздействий социальных обстоятельств и ситуаций,
- способность управлять поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами,
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать планы,
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

По данным ВОЗ, 5% населения континента страдает серьезными психическими расстройствами с выраженной симптоматикой и 15% – менее тяжелыми формами психических отклонений, приводящих к частичной потере трудоспособности.

**Психологический уход** – это основа для понимания психологии и действий человека, который является объектом сестринского ухода. Необходимо понять межличностные отношения, окружающие человека с психическими заболеваниями и расстройствами и его семью, роль сестринского ухода и способы оказания помощи.

**Объекты и охват предмета «Психологический уход».**

Не только душевнобольной, но и его семья, близкие.

Общество в целом.

Здоровые и больные люди.

Человек от рождения до старости.

Цель психологического ухода:

– охрана психического здоровья общества в целом и профилактика психических заболеваний,

– возвращение в общество психического больного.

Психологический рост человека происходит параллельно с развитием связей с окружающими:

– понять себя и других, расширить свое понимание о человеке;

– изучить взаимосвязь между формированием личности и его эмоциональным опытом;

– изучить базовые знания касательно межличностных отношений;

– понять связь жизненного цикла и ментального здоровья.

Предмет «Психиатрический уход» поможет учащимся приобрести навыки оказания помощи и профессиональные знания по сестринскому уходу; изучить способы оказания помощи людям, пережившим различные стрессы, сказавшиеся на их психическом здоровье.

• Базовые знания о заболеваниях.

• Помощь человеку с психическими заболеваниями (шизофрения, расстройства настроения и т.д.).

• Помощь беспокойным и буйным людям.

• Помощь людям, содержащимся в изоляторе.

**Задачи психологического ухода.**

• Понять концепцию здоровья и расстройств, развитие и рост личности.

- Понять влияние заболевания на жизнедеятельность человека и человеческие отношения, получить знания для оценки проблем, связанных с психическим здоровьем.

- Изучить отношение к людям с психическими расстройствами с исторической точки зрения, понять социальные задачи и охрану прав человека в психиатрии.

- Определить свое направление как человек, предоставляющий помощь, пересмотрев свое влияние на объект и влияние со стороны объекта.

- Изучить способы оказания помощи в повседневной жизни и в человеческих отношениях, для того чтобы имеющий проблему с психическим здоровьем человек смог прожить полноценную жизнь.

- Узнать нынешнее состояние социальной реабилитации человека с психическим расстройством, изучить дальнейшие перспективы реабилитации и поддержки пребывания в общине.

### **Взаимосвязь с другими предметами.**

Весь уход основывается, прежде всего, на межличностных отношениях, взаимоотношения пациента и медсестры оказывают большое влияние на процессе лечения.

## **1.2. Краткий очерк истории психологии и психиатрии**

**Психиатрия** – в переводе с греч. – «наука о лечении, врачевании души». С течением времени значение этого термина расширилось и углубилось, и в настоящее время психиатрия представляет собой науку о душевных болезнях в широком смысле слова, включающую в себя описание причин и механизмов развития, а также клинической картины, способов лечения, профилактики, содержания и реабилитации психически больных.

**Психология** – это наука о закономерностях возникновения и функционирования психики, ее механизмах и проявлениях.

Медицинская психология является неотъемлемой частью медицины – клинической и профилактической, изучающей закономерности развития и формирования психической сферы человека в условиях патологии или предпатологии, а также психологические особенности деятельности медицинского работника.

**История развития психиатрии.** Психические болезни, как и болезни вообще, существуют столько же времени, сколько

существует человечество. Однако на протяжении длительных периодов истории наличие у населения психических заболеваний не вызывало настоящей потребности в организации им помощи. К концу Средневековья, когда в недрах феодального общества развивается капиталистическая мануфактура, возникает необходимость изъятия психически больных из городов с большим скоплением людей. В общественной идеологии в то время главенствует религия, поэтому психические болезни в странах Западной Европы рассматривались как одержимость дьяволом. Больных направляли в монастыри, часто они находили смерть на кострах инквизиции.

В XV–XVII вв. в городах Европы организовываются для таких больных убежища. Сотни и тысячи психически больных помещались в пришедших в негодность зданиях тюрем и аббатств под надзор отставных солдат. Годами и десятилетиями они находились там, на прогнившей соломе в темных и сырых казематах, прикованные цепями, голодные и нещадно избиваемые. Одним из первых такое убежище появилось в Лондоне и носило название Бедлам. (Это слово в настоящее время приобрело нарицательный смысл и употребляется в том случае, когда хотят сказать о хаосе и беспорядке). Такие формы «призрения» просуществовали до конца XVIII столетия. Большие изменения в содержании психически больных произошли в конце XVIII в. во Франции. Они явились отражением переворота в общественной жизни Франции периода буржуазной революции. В 1792 г. заведовать парижским убежищем был назначен врач Филипп Пинель, который в первую очередь ликвидировал цепи и положил начало превращению убежищ в больницы.

В России существовал не демонологический взгляд на психически больных, а пантеистический, что объясняется особенностями славянской культуры. Считалось, что это «боже-наказанные» люди и, оказывая им помощь, можно получить расположение Господа Бога к себе и своей семье. Недоброжелательное отношение было только к группе больных, которых называли «кликушами». Они ходили по селам и городам и предвещали болезни и несчастья. Так как мысли придавался материальный смысл, считалось, что то, о чем говорят, непременно сбудется, поэтому их забивали камнями. Первые упоминания об отношении к психически больным на Руси находим в указе князя Владимира в 996 г., в котором говорилось, что за счет княжеской десятины должны быть открыты странноприемницы. Затем в 1721–1723 гг. появляются указы Петра I об

открытии долгаузов для больных. К 1779 г. в России насчитывалось около 10 долгаузов, и заведовали ими врачи.

Английский посол Флейтчер в XV в. написал книгу о России, в которой говорилось, что отношение к юродивым является особенностью Москвы. В подтверждение этого можно привести пример, когда Николка-юродивый спас Псков от гнева Ивана Грозного и был помещен на герб города.

Психиатрия как наука получила развитие в конце XVIII в., когда стали появляться первые труды по психиатрии и психические заболевания стали рассматривать как заболевания головного мозга. Большой вклад в развитие психиатрии как науки внесли такие русские психиатры, как И.М. Балинский, И.П. Мержеевский, В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, В.Х. Кандинский, В.П. Сербский, П.В. Ганнушнян, И.В. Кащенко и другие.

**История развития психиатрии в Узбекистане.** Как известно из истории, на развитие просвещения и медицины Востока оказали влияние культуры Греции, Рима и Александрии. Организовались лечебницы, где в одной из них было даже отделение для душевнобольных. Касаясь истории развития психиатрической помощи и психиатрической науки в Средней Азии, необходимо подчеркнуть выдающуюся роль ученого-врача Абу Али ибн Сины. В его основном труде «Канон врачебной науки» изложены теория медицины, частная патология и терапия. Большое место отведено описанию различных психических заболеваний. Ибн Сина подробно осветил симптоматику эпилепсии, реактивных состояний, дал исчерпывающую психопатологическую характеристику отдельных синдромов. В этиологии психических заболеваний он подчеркивал роль и значение внешних факторов, описывая клинику, обязательно приводил ряд терапевтических рекомендаций, которые представляют практический интерес и для современной психиатрии.

Однако в связи с историческими процессами, происходящими на Востоке и Западе, развитие психиатрии было задержано. Только в 1895 году под давлением передовых врачей и общественности было утверждено и в 1896 году открыто отделение для душевнобольных на 50 коек при Ташкентском военном госпитале. В 1918 году психиатрическое отделение военного госпиталя было реорганизовано в краевую психиатрическую больницу, ставшую первой психиатрической больницей Средней Азии. В 1920 году была организована кафедра психиатрии при Туркестанском государственном университете. В 1925 году было создано «Республиканское научное общество невро-

патологов и психиатров». С 1925 года начинают функционировать лечебно-трудовые мастерские – столярная, слесарная, кузнечная; организуется садово-огородное производство. В 1920–1930-е годы кафедра психиатрии ТашМИ проявила инициативу в организации кафедр в других городах Туркестанского края – Самарканде, Ашхабаде, Душанбе, Бишкеке. В 1927 году на базе больницы открывается первый психоневрологический диспансер. В 1934 году краевая психиатрическая больница была переименована в Республиканскую психиатрическую больницу на 500 коек, состоящую из 11 отделений. Среди организаторов практического здравоохранения необходимо подчеркнуть огромную роль М.Г. Гулямова, который с 1943 по 1962 год являлся главным врачом Республиканской психиатрической больницы в г. Ташкенте. Впервые в больнице им была создана лаборатория для всесторонних исследований больных, организованы лечебно-трудовые мастерские для реабилитации психических больных.

Основоположниками психиатрии в Узбекистане были проф. Ю.В. Каннабих, проф. И.М. Балинский, доц. Л.В. Анциферов и другие.

В начале 40-х годов появляются специалисты по психиатрии из числа представителей местной национальности – М.М. Муминова, А. Абдурахимов, Н. Арипов, М. Гулямов (выпускники ТашМИ), О.А. Муталибов.

В конце 40-х годов в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) были развернуты портняжное, пошивочное, трикотажное, сумочное, сапожное, картонажное и столярное производства.

С середины 1950-х годов работали пуговичный, швейный, портняжный, сапожно-пошивочный, сапожно-ремонтный, веревочный, галантерейный, столярный, мебельный, трикотажный, пластикатовый, автослесарный, строительный, картонажный и оранжерейный цеха ЛТМ. Земельный фонд подсобного хозяйства больницы под садом, пашней и пасекой составлял 258,5 га. Животноводческий комплекс давал до 1200 голов приплода различного скота в год.

В 1956 году была организована кафедра психиатрии в Андижанском медицинском институте, в 1967 году – в Ташкентском институте усовершенствования врачей. В 70-е годы такие психиатры, как Х.А. Алимов, Т.И. Исмаилов, Ш.А. Муталибов, А.У. Шаюсупова, Р.С. Турсунова, Д.А. Захидов и др., внесли свой вклад в развитие психиатрии в Узбекистане.

Развитие психиатрии исторически сложилось так, что область ее исследования не ограничилась психозами, она захва-

тила и неврозы, а также психические изменения, наступающие при соматических болезнях.

За последние два столетия психиатрия как наука достигла больших успехов в своем развитии.

### **1.3. Настоящее положение в психиатрии в Узбекистане**

#### **1. Виды амбулаторной и диспансерной помощи.**

– Психиатрическая помощь – вид специализированной медицинской помощи, оказываемой больным с психическими (психоневрологическими) заболеваниями. Сеть учреждений здравоохранения и их подразделений, предназначенных для оказания психиатрической помощи, включает: психоневрологические диспансеры, психоневрологические отделения и кабинеты поликлиник, психиатрические больницы и психосоматические отделения, дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские и др.

– Диспансерная помощь – психоневрологический диспансер (внебольничная помощь).

Функции: первичная диагностика, амбулаторное лечение, поддерживающая терапия, социальная помощь.

#### **2. Функции психиатрических стационаров.**

– Психиатрический стационар (стационарная помощь).

Функции: диагностика (клинический осмотр, патопсихологическое исследование, дополнительные методы), лечение (особенности лечения острых и хронических больных).

– Судебно-психиатрическая экспертиза.

Функции: решает вопрос о вменяемости или невменяемости психически больных при совершении ими уголовно наказуемых деяний, а также определяет дееспособность.

Вся психоневрологическая помощь разделяется на внебольничную и стационарную.

Внебольничная помощь осуществляется психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями психиатрических больниц, кабинетами при общесоматических поликлиниках и больницах. В больших городах и в каждом районе имеется психоневрологический диспансер. Район разделяется на участки, которые обслуживают участковые психиатры этого диспансера. В психоневрологический диспансер больных направляют врачи поликлиник и других учреждений. Основными разделами деятельности психоневрологического диспансера являются следующие: лечебно-профилактическая работа, социально-правовая помощь больным, организация психогиги-

гиенической и санитарно-просветительной работы среди населения.

В диспансере больные получают необходимую лечебно-профилактическую помощь как амбулаторно, так и на дому. Существенным отличием работы диспансера от работы обычных поликлиник является то, что каждого человека, обратившегося за помощью в диспансер, при обнаружении у него тех или иных признаков психического заболевания берут на активный учет. В настоящее время выделяют следующие группы динамического наблюдения:

I группа – группа больных с частыми госпитализациями.

II группа – группа больных амбулаторного купирования обострений и декомпенсаций.

III группа – группа больных, находящихся на профилактическом лечении.

IV группа – группа больных, нуждающихся в неотложных социально-реабилитационных мероприятиях.

V группа – группа больных, нуждающихся в эпизодическом контроле и наблюдении.

Это значит, что в зависимости от группы врач отправляет медицинскую сестру к пациенту на дом. Задачей патронажных сестер является оказание социальной помощи больным, их семьям, защита их прав, оказание им помощи в разрешении семейных проблем, решении жилищных вопросов, организация поддерживающей терапии. Медицинская сестра чаще видит больного, получает важные сведения от родных и соседей пациента, обо всех происходящих переменах в его состоянии. Эти сведения очень важны для оценки состояния больного, они помогают своевременно решать вопросы дальнейшего лечения.

Для полноценного лечения и реабилитации больных при городских психоневрологических диспансерах создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские и дневные стационары. В задачи лечебно-производственных мастерских входит: применение различных видов труда в целях лечебного воздействия на больного, повышение его психического и физического тонуса и создание благоприятных условий для достижения стойких ремиссий и предупреждения дальнейшей психической и социальной деградации; трудовое обучение с целью освоения больными новой профессии, соответствующей степени их трудоспособности, содействие больным в трудоустройстве по окончании ими курса трудотерапии и овладении новой профессией на предприятии или в учреждении социального обеспечения.

В дневной стационар принимаются больные как на начальной стадии заболевания, так и при обострении хронических болезней, не представляющих социальную опасность, а также в целях профилактики более глубоких срывов.

Стационарная психиатрическая помощь, как и внебольничная, осуществляется по строго территориальному признаку. Больные в психиатрическую больницу принимаются по направлению участковых психиатров, дежурных психиатров службы скорой помощи, а при их отсутствии – по направлению врачей поликлиник. В направлении должны быть указаны состояние больного, анамнестические сведения и предполагаемый диагноз. При наличии явной опасности психически больного для окружающих или для самого себя органы здравоохранения имеют право без согласия родственников в порядке неотложной психиатрической помощи поместить больного в психиатрический стационар. Показателем к неотложной госпитализации является общественная опасность больного, обусловленная следующими особенностями его болезненного состояния: неправильное поведение вследствие острого психотического состояния (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, галлюцинации, бредовые идеи, синдром психического автоматизма, синдром расстроенного сознания), патологическая импульсивность, дисфория, систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больного, ипохондрические бредовые состояния, обуславливающие неправильные агрессивные отношения больного к отдельным лицам, организациям, учреждениям, депрессивные состояния, если они сопровождаются суицидальными тенденциями, маниакальные или гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушение общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих, острые психотические состояния у психопатических личностей, олигофренов и больных с остаточными явлениями органических повреждений головного мозга, сопровождающихся возбуждением, агрессией и иными действиями, опасными для самого больного и окружающих.

**Экспертиза психически больных.** Психические расстройства изменяют положение больного в обществе. В ряде случаев он перестает понимать свое состояние, выполнять свои социальные обязанности, не может с должной критикой относиться к окружающим людям, теряет возможность пользоваться гражданскими правами и нести ответственность за совершенные поступки. Возникновение психического заболевания мо-

жет привести к утрате работоспособности, в наиболее тяжелых случаях больные становятся беспомощными, не могут удовлетворить свои элементарные бытовые потребности. В связи с происходящими в процессе болезни изменениями возникает ряд социальных, правовых, производственных и других проблем.

**Трудовая экспертиза.** Решение вопросов трудовой экспертизы осуществляется врачебно-консультативными комиссиями (ВКК) и врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК).

Решение о переводе больного на инвалидность принимается лишь при наличии стойкой утраты трудоспособности, когда психические нарушения, несмотря на активное лечение, приобретают затяжной длительный или необратимый характер и препятствуют выполнению профессионального труда.

Инвалидами III группы признают лиц, которые частично утратили трудоспособность, нуждаются в уменьшении объема трудовой деятельности с сокращением рабочего дня или переводе на работу с более низкой квалификацией. Полная, стойкая утрата трудоспособности определяется как II группа инвалидности, а если больной нуждается в постоянном уходе или надзоре, то он признается инвалидом I группы.

**Судебно-психиатрическая экспертиза** решает вопросы вменяемости или невменяемости психически больных, совершивших правонарушения. В случае признания обследуемого невменяемым к нему применяются меры медицинского характера (принудительное лечение), направленные как на улучшение его психического состояния, так и на защиту общества от возможных повторений его опасных действий. Таким образом, медицинские мероприятия приобретают характер мер социальной защиты.

В гражданском процессе судебно-психиатрическая экспертиза назначается для решения вопроса о дееспособности больных. Недееспособными являются лица, которые вследствие психического заболевания или слабоумия не способны вести свои дела и распоряжаться своим имуществом. Больные признаются недееспособными и над ними устанавливается опека.

#### **1.4. Психотерапия, психопрофилактика и психогигиена**

**Психотерапия** есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Это определение, не претендуя на исчерпывающую полноту, в то же время отражает основное многообразие и пути лечебного воздействия психических факторов на психику и организм больного.

**Психопрофилактика** – раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, обеспечивающих психическое здоровье, предупреждение возникновения и распространения психических заболеваний.

Психопрофилактика и психогигиена представляют две стороны по существу одной и той же проблемы, однако с чисто практической целью лучше рассматривать задачи каждой из них как самостоятельную часть общей профилактики.

Отношение между психикой и физическим здоровьем имеет двоякий характер: с одной стороны, психика человека может влиять на здоровье и имеет то или иное значение для предупреждения ряда болезней (психическая профилактика), а с другой – общее здоровье человека, условия его жизни могут влиять на его психику и играть ту или иную роль в предупреждении психических заболеваний, облегчении течения и предупреждения рецидивов психических заболеваний (психиатрическая профилактика).

**Психогигиена** – раздел общей гигиены, включающий совокупность мероприятий по сохранению и укреплению психического здоровья, обеспечивающий наилучшие условия для психической деятельности человека. Разработка этих мероприятий основывается на определении влияния многочисленных факторов внешней среды на здоровье человека. Одной из главных задач психогигиены следует считать изучение влияния общественно полезной деятельности человека на его здоровье, формирование гармонически развитой личности.

В задачу психогигиены входит изучение влияния на психику человека социальных, производственных, бытовых и других факторов.

Основными принципами организации психиатрической помощи являются единство внебольничной и стационарной помощи в обслуживании больных, психопрофилактика, психогигиена и диспансеризация населения.

По терминологии ВОЗ, профилактика делится на первичную, вторичную и третичную.

**Первичная профилактика** – это диспансеризация здорового населения и психогигиена, то есть сумма мероприятий, направленных на предупреждение самого факта возникновения

болезни. Сюда входит широкая система законодательных мер, предусматривающих охрану здоровья населения в нашей стране, оздоровление быта трудящихся и др.

**Вторичная профилактика** – это максимальное выявление начальных фаз психических заболеваний и их активное лечение, то есть такой вид профилактики, который способствует более благоприятному течению болезни и приводит к быстрому выздоровлению, хотя некоторые заболевания могут оставлять после себя различной степени дефекты.

**Третичная профилактика** – это предупреждение рецидивов или сумма мероприятий, направленных на предупреждение дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного, превращающих его в инвалида.

В системе общей профилактики психопрофилактика уделяет достаточное внимание социальной помощи по улучшению труда и быта, улаживанию различных конфликтов, устранению психических травм, так же как и созданию гигиенического режима. Наряду с этим ведется большая работа по долечиванию больных в условиях семьи или производственно-трудового коллектива силами и средствами психоневрологических учреждений (поддерживающая фармакотерапия, поддерживающая терапия, патронаж и др.).

## **1.5. Жизнь человека с психическим расстройством**

**Сложность понимания человека с психическими заболеваниями.** Различают несколько степеней нарушения деятельности головного мозга: от легких функциональных (обратимых) расстройств до тяжелых органических поражений. При легких расстройствах функции мозга возникают невротические реакции, неврозы, неглубокие депрессии. Это так называемые пограничные состояния, при которых изменяется самочувствие и адаптация больных в обществе, однако сохраняется контроль над своим поведением и критическая оценка состояния. Если заболевание вызвано более глубоким поражением деятельности мозга, возникают психозы, при которых нарушается восприятие и оценка окружающего, собственной личности, целиком меняется поведение человека, определяемое болезненными установками. В этих случаях поведение больного полностью выходит из-под контроля сознания, самоконтроля и самооценки. Поэтому у одних душевнобольных, особенно с выраженными расстройствами психики, может отсутствовать критика к своему состоянию и все болезненные проявления

он воспринимает за действительность, у других отмечается неоправданно преувеличенное беспокойство о своем здоровье, различные неприятные ощущения в каких-либо органах при отсутствии в них патологического процесса.

**1. Неизвестные причины.** Точные причины шизофрении и большинства других психических расстройств неизвестны. Одним из более распространенных объяснений является то, что к наследственным факторам добавляется стресс и другие обстоятельства внешнего мира, вызывающие расстройство.

**2. Люди, испытывающие внутренние конфликты и беспокойство касательно межличностных отношений.** Существует достаточное количество людей, обиженных в жизни отношением окружающих. Из-за этого они теряют уверенность в себе, у них появляется низкая самооценка. Они не могут активно общаться с другими людьми, и поэтому чтобы поговорить с человеком, таким людям нужно долго настраиваться и иметь для этого смелость. Они болезненно реагируют на реакцию других людей: как воспринял их слова собеседник, не возненавидел ли он его.

**3. С появлением болезни в раннем подростковом возрасте в дальнейшем процесс госпитализации многократно повторяется, борьба с болезнью занимает длительное время.** Из-за продолжительного пребывания в больнице шансы получения образования и соответственно работы были ограничены. У таких людей круг общения за пределами больницы тоже сужается, у них нет опыта работы и соответственно небольшой опыт общественной деятельности.

**4. По внешним симптомам сложно определить имеющиеся у пациента проблемы.** По результатам обследования и рентгеновским снимкам, по таким внешним симптомам, как гнев или бессонница, недостаточно поставить правильный диагноз. Негативные симптомы, которые проявляются у больного, и потребности, о которых он сам заявляет, не всегда совпадают. (Например, со стороны выглядит равнодушным, но на самом деле очень эмоционален). Наряду с внимательным отношением к жалобам пациента, необходимо иметь объективную информацию о его жизнедеятельности: количестве потребляемой пищи, состоянии сна, межличностных отношениях, изменениях выражения лица и др.

Сбор информации о пациенте – биография, состав семьи, важные события в его жизни и т.п., в синтезе с нарушениями жизненных функций, различаемых в настоящее время, и особенностями межличностных отношений, помогут всесторонне понять больного.

**5. Трудно провести разграничительную линию между чертами характера и расстройством психики.** Психические заболевания проявляются различными положительными и отрицательными симптомами. К основным положительным симптомам относятся галлюцинации, иллюзии, состояние крайнего возбуждения и нарушение мышления. Галлюцинации означают ощущение не существующих в действительности явлений, а иллюзия представляет собой ошибочное мнение. Пациент может говорить о чем-либо как о существующем в действительности, но зачастую окружающие не понимают этого и считают пациента странным.

Отрицательные симптомы выражают монотонность эмоций, скудность мыслей, апатичность. Лица людей с психическими расстройствами практически не выражают никаких эмоций: ни радость, ни гнев. Поэтому по их словам, поступкам и выражению лица сложно понять их эмоциональное состояние в данный момент. Кроме этого, у них обычно не складывается беседа, их разговор ограничивается одной или двумя фразами. О таких пациентах складывается впечатление, что они безучастны ко всему происходящему, лишены активности, безынтересны и равнодушны.

Если больной лежит неподвижно с закрытыми глазами, не разговаривает и не отвечает на вопросы, совершенно безучастный к тому, что происходит вокруг него, то не следует думать, что он ничего не понимает и не замечает. Он все слышит и понимает, но из-за своего состояния не может ничего сказать. Но потом, когда он выздоровеет, он обо всем расскажет.

Несмотря на то, что психически больной человек высказывает нелепые мысли, неправильно воспринимает окружающий мир, тем не менее он понимает, как к нему относятся: хорошо или плохо. Хорошее отношение ему, как и любому здоровому человеку, приятно и за это он часто благодарит по выздоровлении, плохое отношение, напротив, его волнует, он обижается и сердится. Иной больной с виду как будто ничего не понимает, речь его бессвязна, но и в его бессмысленной речи иногда можно уловить правильные, порой меткие замечание, вызванные окружающей средой. В психиатрической практике таких примеров множество.

**Ситуация социального участия душевнобольных и методы их поддержки.** Пациент с психическими отклонениями не страдает 24 часа в сутки от навязчивых идей, слуховых галлюцинаций и других психических симптомов. В зависимости

от степени расстройства возможна общественная деятельность. Важным является накопление положительного опыта: что он может делать для себя, что может сделать для других.

1. Помощь в трудовой адаптации: из лечебно-трудовых мастерских при больницах и поликлиниках на рабочее место в обществе.

2. Помощь в социальной адаптации: получение пенсии от врачебно-трудовой экспертной комиссии, получение опекуна и другие виды социальной поддержки.

3. Помощь при дезадаптации: при дезадаптации – длительная госпитализация, жизнь в общине (махалля) и получение помощи от махалли.

**Необходимость и меры раннего выявления психических расстройств и профилактика их повторного появления.** Самой главной причиной повторного появления заболевания является прекращение принятия лекарств по собственному усмотрению. Внимательно выслушав причину прекращения принятия лекарств, провести профилактические меры по повторному появлению психического расстройства, совместно с пациентом обсудить помощь, которая необходима для поддержания жизнедеятельности.

1. Объекты раннего выявления психических расстройств:  
– Люди с психическими расстройствами.

Руководство для пациента: точный прием лекарств, осознание пациентом ухудшения психического состояния и т.д.

Руководство для семьи: наблюдать за состоянием сна пациента и психическими изменениями; побуждать пациента проходить амбулаторное обследование:

а) знать о побочных действиях психотропных веществ;

б) знать, какие проявляются побочные действия и где при этом появляется боль;

в) уточнить понимание больным связи между осознанием заболевания и медикаментозным лечением;

г) осознание признаков, которые нарушают самочувствие, и своевременное овладение методикой принятия необходимых мер;

д) знание из личного опыта пациента, каким стрессам он подвержен.

– Детские расстройства (умственная отсталость, эпилепсия и т.д.).

а) Проведение медицинского обследования через месяц после рождения и перед поступлением в начальную школу;

б) Посещение медицинского учреждения и получение там лечения и образования по желанию самого больного старше 15 лет или его семьи.

2. Мероприятия по раннему выявлению и профилактике рецидивов:

- Консультация.
- Диспансеризация: регулярное прохождение амбулаторного обследования.
- Получение лечения в стационаре.
- Уход на дому.

## **1.6. Медицинское и психологическое обследование и сестринский уход**

Основой диагностики психических расстройств является клиническое обследование, которое включает беседу с пациентом, родственниками, соседями, сотрудниками (субъективный и объективный анамнез) и наблюдение за поведением пациента. На этом этапе большое значение имеет роль медицинской сестры, которая постоянно находится с пациентом. Она должна сообщать врачу и делать записи в журнале наблюдений об изменении психического состояния. Кроме клинического, используются дополнительные методы исследования – неврологические, соматические, биохимические, экспериментальные, психологические, электрофизиологические.

### **Медицинское обследование**

**Электроэнцефалограмма** – современная методика оценки состояния головного мозга, более глубокое электрофизиологическое обследование, позволяющее объективно оценить функции головного мозга, одновременно проводя непрерывную запись электрической активности, которая возникает в группе нервных клеток коры головного мозга. Электроэнцефалограмма в зависимости от частоты и амплитуды колебаний может выражать различные паттерны (рисунки, узоры). Наиболее часто применяется метод, именуемый методом активации, когда патологические волны вызываются в состоянии покоя с открытыми, закрытыми глазами, посредством фотостимуляции и гипервентиляции. Также часто ведется запись во время сна.

К основным видам патологии электроэнцефалограммы относятся: нарушение длительности, внезапности (пароксиз-

мальные волны). Причинами являются заболевания головного мозга (опухоль мозга) или системные заболевания, влияющие на функции мозга (гипоксия, гипогликемия, нарушение электролитного баланса, эндокринные заболевания и т.д.), а в основном вызывается эпилептическими заболеваниями.

**Наблюдение во время обследования.** Очень часто пациенты, проходящие электроэнцефалографию, испытывают беспокойство и страх, находясь в темном помещении на кровати с множеством подключенных электродов, подвергаясь воздействию света и чувствуя дискомфорт из-за гипервентиляции (усиленного дыхания). Во время подготовки к обследованию медсестра должна уточнить ход обследования для того, чтобы понять, какие процессы будут проходить в организме больного, затем подробно объяснить пациенту о необходимости, безопасности и ходе обследования, позаботившись об устранении ненужного беспокойства. Кроме того, при обследовании пациента во время сна необходимо проводить периодическое наблюдение и в точности передать всю имеющуюся информацию медсестре другой смены.

**Компьютерная томография (КТ)** выявляет разницу степени абсорбции рентгеновского излучения в патологическом очаге на определенной глубине посредством перемещения и вращения источника рентгеновского излучения и выводит через компьютер поперечный срез изображения исследуемой области. На компьютерной томографии белым цветом окрашиваются те участки, где показатель абсорбции рентгеновских лучей высок, а участки с низкой степенью абсорбции становятся черными. Заболеваний, при которых противопоказана КТ, мало, но при данном обследовании получается большой объем информации по отношению к низкому уровню инвазии. По сравнению с магнитно-резонансной томографией (МРТ) есть некоторые преимущества: обследование можно провести быстро, а также можно выявить наличие кровоизлияния или окостенения. Данный вид обследования показан при церебрально-васкулярных заболеваниях, травмах головы, мозговых опухолях, атрофии мозга, демиелинизирующих заболеваниях и т.д., также высокая эффективность проведения в качестве скрининга. Но данное обследование имеет ограниченные возможности при выявлении мельчайших патологических изменений, и качество изображения тканей, окруженных костью, уступает качеству магнитно-резонансной томографии.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ)** – это вид исследования, при котором можно получить изображение каждой

части тела, используя феномен ядерного магнитного резонанса.

Данное обследование не предполагает инвазии (вторжение в организм) в отличие от радиоактивного излучения, и характерной особенностью является то, что можно получить четкое изображение любой части тела в любом ракурсе. Также можно получить ясные снимки спинного мозга, окруженного костью, ствола мозга и задней черепной ямки. При МРТ пациента помещают в большой магнитный круг, где ему необходимо 20–30 минут находиться в состоянии покоя в условиях сильного шума. По этой причине следует обращать внимание на помощь в поддержании покоя, устранение внешнего и внутреннего воздействия магнитного вещества на организм. Для пациентов, прошедших операцию по имплантации электронного стимулятора сердца, противопоказано данное обследование. Кроме этого, необходимо определить, нет ли у больного клаустрофобии или тенденции к деменции, и при необходимости заранее ввести ему успокоительное и обеспечить беспрепятственное проведение обследования.

**Люмбальная пункция** (исследование спинномозговой жидкости). Спинномозговая жидкость вырабатывается в хориоидном сплетении, циркулируя через желудочки головного мозга и полости спинного мозга. Поэтому при возникновении каких-либо органических нарушений головного или спинного мозга это отражается на состоянии спинномозговой жидкости. При заболеваниях кровеносных сосудов, травмах, воспалениях или опухолях наблюдаются изменения в результатах исследования спинномозговой жидкости. Исследуются внешний вид, начальный и конечный показатель давления, количество клеток, уровень белка и сахара (одновременно измеряется уровень сахара в крови), при этом проводятся дополнительные исследования с учетом особенностей заболевания.

**Наблюдение во время обследования.** В обычной практике при исследовании спинномозговой жидкости проводится люмбальная пункция, и область пункции расположена между 3–4 или 4–5 поясничными позвонками. Для раскрытия поясничных позвонков пациент должен принять положение лежа на боку (или положение сидя) и при этом обхватить руками свои колени. Здесь медсестре необходимо оказать помощь в сохранении соответствующей позы. Пациенту не видна область пункции, что вызывает у него беспокойство. Если психологическое состояние пациента нестабильное или сложно сохра-

нять покой вследствие нарушения сознания, то ввести больному успокоительное средство.

После обследования давление спинномозговой жидкости падает, поэтому существует вероятность появления головной боли, мозговой грыжи и т.д. Необходимо заранее предупредить пациента об этом и попросить немедленно сообщить при появлении каких-либо отклонений. Обычно после проведения такого обследования пациенту требуется покой в течение нескольких часов.

Противопоказания к данному обследованию: при внутричерепной гипертензии и опухоли задней черепной ямки, инфекционных заболеваниях на месте пункции и тенденции к кровотечению.

### **Психологические обследования и проверка умственной способности**

**Психологическое обследование** – это вид обследования, при котором испытуемому дается задание на определенных условиях, затем проводится наблюдение за его реакцией, методикой выполнения задания и действиями, после чего выявляются умственные способности, личность и другие индивидуальные особенности объекта.

В любом случае результаты психологических тестов представляют собой информацию на момент проведения обследования и не могут полностью охарактеризовать испытуемого. Необходимо правильно провести тест, изучив преимущества, недостатки и максимальные возможности данного вида обследования. Также строго соблюдать принцип информированного согласия, затрагивающего этическую сторону вопроса, и придерживаться конфиденциальности касательно результатов тестов. Если во время обследования пациенту становится плохо или он отказывается проходить обследование, то следует немедленно прекратить его.

**Тесты на интеллект.** Существуют различные определения умственных способностей (интеллекта), но наиболее широко применяемыми составляющими интеллекта являются: «способность эффективно применять имеющийся опыт при адаптации к новым условиям», «способность получать различные знания из своего опыта или другими словами способность к изучению» или «сложная психическая деятельность, когда человек изучив слово или концепцию может абстрактно мыслить и делать умозаключения». Тесты на интеллект позволяют объ-

ективно определить эти способности, используя определенный метод.

**Личностные тесты.** Личностным тестом называется вид исследования особенностей поведения, познавательной деятельности, мышления и эмоционального состояния человека, а также манеры ведения межличностных отношений и других личностных особенностей человека с помощью шкалы.

- Метод использования вопросника.
- Метод обследования, предполагающий предварительное составление списка вопросов с учетом цели обследования, на который испытуемый отвечает путем самоанализа. Данный вид обследования подходит для группового прохождения, так как данная процедура проста.
- Проективный метод. Пациенту дают неясный и двусмысленный материал (рисунок, текст) и просят его показать свободную реакцию. Исходя из ответной реакции, обследующий специалист глубже изучает личность пациента.
- Определение рабочих характеристик. При данном обследовании человек выполняет определенную работу, что позволяет изучить особенности индивидуума, исходя из качества работы и его отношения. Тест Крепелина и т.д.
- Метод оценки. Проводится оценка некоторых особенностей человека посредством наблюдения за его повседневной жизнью.

### **Сестринский уход при обследованиях**

**Информированное согласие:** объяснение и согласие, самоопределение.

- **Необходимость обследований.** Правильное проведение обследований определяет правильную диагностику, лечение и сестринский уход. Медсестра должна понять, с какой целью данное обследование проводится у пациента и какой вид обследования необходим данному больному с учетом его состояния. Затем необходимо грамотно и доходчиво разъяснить пациенту и членам его семьи о предстоящем обследовании, после чего получить их согласие.

Если пациент недостаточно понимает необходимость данного обследования, то это приводит к отказу, усилению беспокойства и появлению недоверия. Пациентам с психическими расстройствами из-за болезни требуется определенное время для того, чтобы понять суть разъяснения. К тому же у них отсутствует осознание собственной болезни, поэтому зачастую такие

пациенты не видят необходимости проведения обследования. Необходимо провести разъяснительную беседу с пациентом, учитывая степень его понимания, для улучшения визуального усвоения использовать буклеты, видеоматериалы и т.д.

- **Инвазия и опасность проведения обследования.** Предварительно необходимо как следует объяснить пациенту о физической и психологической инвазии и опасности при проведении обследования, после чего получить его согласие.

- **Процесс обследования.** Предварительно провести разъяснительную беседу, позволяющую пациенту иметь четкое представление о месте и методике проведения предполагаемого обследования, не испытывая при этом излишнего страха и беспокойства.

- **Наблюдение за общим состоянием.** Иногда душевнобольные пациенты не могут правильно понять свое физическое состояние или передать его из-за наличия психических симптомов. Важно следить за показателями жизнедеятельности, уровнем сознания, словами и действиями, а также наблюдать за общим состоянием пациента согласно сути проводимого обследования.

- **Обеспечение покоя.** Зачастую из-за психических симптомов можно забыть о сложной процедуре проведения обследования, обеспечении покоя до и после обследования и пунктах, требующих внимания. Особенно необходимо тщательное наблюдение и оказание помощи, если пациенту требуется покой.

- **Предотвращение вторичных нарушений и осложнений.** Необходимо прогнозировать вторичные расстройства и осложнения, возможные при проведении обследования, делиться этой информацией с лечащим персоналом, пациентом и его семьей и принять профилактические меры. От медсестры требуется понять общее состояние пациента, тщательно изучить его психические симптомы и оказать помощь в правильном проведении обследования, сведя к минимуму степень инвазии.

## **1.7. Виды лечения в психиатрии**

Методы лечения психических расстройств делят на две группы: биологические и психологические.

К **биологическим методам** относится медикаментозная, электросудорожная, инсулинокоматозная терапии, физиотерапия, диета.

Из биологических методов основным является применение психотропных средств. Выделяют следующие группы психотропных препаратов:

- нейрорептики (аминазин, трифтазин, галоперидол) и препараты нового поколения (клопиксол, флюанксол, rispолепт и т.п.);
- транквилизаторы (феназепам, диазепам, нитразепам и т.п.);
- антидепрессанты (ципромил, мелипрамин, людиомил, амитриптилин);
- психостимуляторы (кофеин, сиднокарб, сиднофен);
- нормотимики (карбонат лития).

К психологическим методам относятся все виды психотерапии (рациональная психотерапия, гипнотерапия, групповая психотерапия, психоанализ).

Значительную роль в лечении и реабилитации психически больных играет трудотерапия.

### **Принципы лечения в психиатрии**

Лечение в психиатрии наряду с медикаментозной терапией, составляющей его основу, включает в себя психотерапию, трудотерапию и другие виды лечебных мероприятий, охватывающих жизнь больного в целом. Основными направлениями лечения являются «лечение преимущественно медикаментами», «реабилитация», «социальная помощь» и «поддержка семьи», поэтому желательное проведение комплексного лечения по всем 4 направлениям.

Существуют следующие особенности лечения в психиатрии:

- У пациентов отсутствует осознание своей болезни и иногда бывают случаи принудительного лечения, несмотря на то, что пациент не желает лечиться. Процесс лечения требует применения принудительных методов по отношению к больному, и здесь возникает проблема – как принять оптимальное решение, если с одной стороны речь идет о правах человека, а с другой – о необходимости лечения;
- Причинная психотерапия проводится редко, чаще применяется симптоматическая терапия в виде медикаментозного лечения, соматической терапии (электросудорожная терапия) и т.д.;
- Часть психических расстройств имеет психогенный характер, поэтому здесь первоначальное значение уделяется психотерапии как методу устранения причинных факторов.

Для оказания поддержки, обеспечивающей взаимодействие всех ресурсов системы здравоохранения и социального обеспе-

чения, с целью адаптации пациента к жизни в общине важна многосторонняя и скоординированная работа всех специалистов внутри лечебной команды – врачей, медсестер, социальных работников, трудотерапевтов, психотерапевтов и т.д.

### **Форма лечения**

- Соматическая терапия: медикаментозная терапия, электродорожная терапия, релаксационная терапия.
- Психотерапия: индивидуальная психотерапия, групповая психотерапия, терапия песочной игры (sand-play therapy), найкан-терапия (naikan-therapy – саморефлексия, самонаблюдение).
- Социальная терапия: направлена на изучение человеческих взаимоотношений и желательного поведения (способы выражения злости, правильный способ отказа от чего-либо) посредством жизненного опыта. Сюда относится жизненная терапия (инструктаж по вопросам жизни в период госпитализации, трудотерапия, развлекательная терапия и т.д.) или психиатрическая реабилитация, которая предполагает использование социальных ресурсов общины.

#### **Право на выбор методов лечения и отказ от лечения**

Основополагающие принципы охраны людей с психическими заболеваниями и улучшение ментального здоровья:

1. Пациент имеет право на получение соответствующего лечения, предполагающего минимальный уровень ограничения и инвазии (вторжения в организм) с учетом его потребностей в охране здоровья и защите. Кроме этого, необходимо проведение лечения на основе индивидуально составленного плана лечения.

2. Как правило, невозможно проведение какого-либо лечебного мероприятия без информированного согласия пациента. Важно тщательно провести разъяснительную беседу с пациентом понятным для него способом и доступным языком, после чего получить его согласие, основываясь на принципе свободного волеизъявления. Однако в соответствии с законом в некоторых случаях лечение может проводиться также при согласии личного доверенного лица пациента, обладающего таким правом. Также в тех случаях, когда есть необходимость в немедленном предупреждении или устранении явной угрозы самому пациенту или окружающим, закон дает работнику психиатрического профиля полномочия самостоятельно проводить лечебные мероприятия. Но даже в таких ситуациях при

составлении плана лечения необходимо стараться учитывать позицию больного.

3. В лечебно-профилактических и психиатрических учреждениях пациент, где бы он ни был, находится под защитой закона и имеет право на защиту частной жизни, свободы общения и свободы веры и убеждений.

### **Права пациента в вопросах лечения**

#### **1. Письменное согласие пациента при госпитализации.**

В психиатрии практикуется принудительная госпитализация против воли пациента. Но, несмотря на это, важно постараться получить согласие пациента на госпитализацию. Исходя из особенностей психических заболеваний, пациент иногда бывает не в состоянии понять и принять решение. В таких случаях необходимо объяснить опекунам и получить их согласие на госпитализацию. Также после улучшения состояния пациента постараться получить его понимание.

#### **2. Защита конфиденциальности.**

С точки зрения предупреждения членовредительства и нанесения вреда другим трудно обеспечивать конфиденциальность (палаты с открытым туалетом). Но, несмотря на такие обстоятельства, необходимо постараться объяснить ситуацию и получить понимание со стороны пациента, то есть по возможности обеспечить конфиденциальность. Если состояние пациента улучшится, то в скором порядке необходимо обеспечить условия для полной конфиденциальности.

Также нужно иметь в виду, что личная информация касательно пациента, как его анамнез жизни, семья и другое, используется между врачами и медсестрами не только в психотерапии. Поэтому при общении с пациентом всегда нужно помнить о конфиденциальности.

### **Методы лечения и их содержание**

#### **1. Медикаментозная терапия.**

Проводится симптоматическое лечение посредством применения психотропных препаратов, влияющих на психические функции через воздействие на ЦНС. Здесь также применяются антипсихотические препараты, противотревожные (седативные) препараты, антидепрессанты, противоманиакальные препараты, снотворные и т.д. Важным условием при применении этих препаратов является владение достаточными знаниями

об их фармакологических свойствах, а также основных и побочных действиях.

## 2. Психотерапия.

В широком смысле – это лечение, осуществляемое посредством взаимодействия с пациентом, при котором анализируются слова и действия пациента и лечащего работника и еще больше взаимный обмен, возникающий между ними в процессе лечения, и затем изучается, какое терапевтическое значение имеют эти слова и действия. В узком смысле – это названия отдельных терапевтических методов, применяемых в зависимости от особенностей процесса лечения (психоанализ, аналитическое лечение по Юнгу и т.д.). Сначала важно как следует осуществить психотерапию в ее широком понимании.

## 3. Когнитивно-поведенческая терапия (выработка социальных навыков).

Поведенческая терапия, основное внимание в которой фокусируется на пересмотре и изменении когнитивной деятельности человека (взгляд и видение окружающего мира, способ мышления), является источником негативного мышления, так как известно, что эмоции и поведение человека возникают в результате восприятия им конкретного явления или события. Проверена также практическая эффективность когнитивно-поведенческой терапии как метода лечения, направленного на развитие навыков ведения повседневной жизни (социальные навыки, самостоятельный контроль за приемом лекарств, самостоятельный контроль симптомов) с целью выработки способности реагировать и преодолевать стрессовые ситуации, вызванные социальными факторами и факторами внешней среды.

## 4. Психологическое обучение.

Семейные взаимоотношения как наиболее яркий пример социальных отношений пациента оказывает серьезное влияние на его выздоровление и возможные рецидивы болезни. Поэтому важно предоставить необходимую информацию, помогающую семье лучше понять болезнь пациента и воздействовать на нее, а также обеспечить возможность для обмена опытом между аналогичными семьями в вопросах практического оказания помощи больным.

## 5. Гипнотерапия.

Проводится гипноз, когда посредством внушения больного приводят в состояние транса, и это используется в лечебных целях. В зависимости от человека процесс проходит по-разному. В последнее время гипноз широко применяется в

качестве метода лечения диссоциативного расстройства идентичности (DID).

#### **6. Соматическая терапия (электросудорожная терапия).**

Метод, когда через голову пропускают электрический разряд, который вызывает судороги и дает лечебный эффект. Благодаря нововведениям в технике проведения данного вида лечения стало возможным проведение манипуляций без конвульсий благодаря общей анестезии и одновременному применению мышечных релаксантов. Данный вид лечения оказывает серьезное воздействие на физическое и душевное здоровье человека, поэтому перед проведением необходимо объяснить пациенту (если это невозможно, то опекуну или членам семьи) о показаниях и побочных действиях и получить письменное согласие на проведение процедуры.

### **1.8. Этика медсестры психиатрического отделения**

#### **1. Адвокатство: принципы защиты прав человека.**

С 1960-х годов в Америке осуществляется организованная деятельность, нацеленная на защиту прав пациентов. При обсуждении вопроса прав пациентов важно помнить не только о соблюдении прав человека с точки зрения закона, но и о том, насколько распространено среди простого населения понятие о соблюдении прав больных психиатрических учреждений.

#### **2. Информированное согласие.**

1) Информированное согласие интерпретируется как «объяснение и получение согласия». Когда больных госпитализируют в отделения, запирающиеся на ключ, или временно помещают в изоляторы, необходимо предварительно объяснить им причину таких действий и получить их согласие. Иногда составляют письменное соглашение, где пациент ставит свою подпись, которая будет свидетельствовать о том, что после «объяснений» было получено «согласие»;

2) Также необходимо провести тщательную разъяснительную работу о методах лечения, дальнейшем прогнозе и побочных действиях препаратов, обеспечив осознанное прохождение пациентом лечения. Для врачей и медсестер важное значение имеют результаты обследований и диагноз больного, но для пациента более насущной проблемой, нежели поставленный диагноз, является то, что с ним будет дальше и сможет ли он вернуться к прежней жизни;

3) Но наиболее важным является тот процесс, когда совместно с пациентом обсуждается вопрос ведения дальнейшей

жизни при наличии психических расстройств. Для этого важно понять, насколько хорошо пациент усвоил суть разъяснений, и при необходимости провести дополнительное разъяснение.

### 3. Места проживания и ограничение действий.

В психиатрическом отделении существует множество ограничений, которых нет в других отделениях:

#### 1) Физическое стеснение.

Запирание на ключ, привязывание конечностей или плеч и т.д.

#### 2) Психологическое стеснение.

У пациента все время присутствует страх от того, что ему сделают инъекцию или поместят в изолятор, если он будет громко кричать или буйно вести себя. Это подавление желания человека выразить свою злость или беспокойство.

#### 3) Научное стеснение.

Ограничение действий пациента с помощью лекарственных средств. Важно помнить о том, что использование медикаментов помогает усмирить поведение больного с сильно выраженными психическими симптомами, но также силой лекарств больного лишают способности осуществлять какие-либо действия или выражать жалобы. Необходимо всегда иметь в виду, что спокойствие и пассивность пациента – это результат действия препарата и что в действительности он совсем другой человек.

#### 4) Помощь в самостоятельном выборе и принятии решения.

В психиатрии существуют некоторые формы принудительных медицинских мероприятий (принудительная госпитализация, ограничение действий т.д.), поэтому по сравнению с другими областями здесь высока вероятность нарушения права человека на самоопределение.

Необходимо провести тщательные разъяснения по вопросам лечения и способам оказания помощи в жизни и помочь пациенту подумать о том, как он воспринимает свою болезнь (нарушение) и как он будет жить с ней. Важно подумать вместе с пациентом и помочь ему выразить свою волю и сделать выбор.

### 4. Специфичность медицинских мероприятий в психиатрии.

Учитывая особенности психических заболеваний, иногда считается, что у пациентов ухудшена способность к принятию решений и пониманию. Поэтому есть вероятность того, что в психиатрии, по сравнению с другими клиническими областями, еще больше разница в позиции врача и пациента.

В тех случаях, когда принудительная госпитализация, закрытые отделения, изоляторы, запирание на ключ и другие

особое внимание одному из больных и пренебрежительно относиться к другим. Это также не остается незамеченным и вызывает справедливое недовольство.

Необходимо следить за деловой обстановкой в отделении, за выполнением установленного режима дня, избегать громких разговоров персонала, так как тишина – важное и необходимое условие при лечении нервно-психических больных.

Медицинский персонал обязан быть опрятным и подтянутым. Халат должен быть чистым и хорошо выглаженным, застегнутым на все пуговицы. На голове следует носить белую косынку, убирая под нее волосы. Мужчинам рекомендуется на голову надевать белую шапочку. Персоналу отделения во время работы нельзя носить бусы, серьги, брошки и др., так как все это мешает при удержании возбужденного больного и может быть сорвано таким больным.

В тех случаях, когда у больных начинается двигательное или речевое возбуждение или вообще наступает резкая перемена в состоянии, медицинская сестра обязана срочно поставить об этом в известность лечащего или дежурного врача. Среднему медицинскому персоналу не разрешается самостоятельно назначать лекарства или процедуры, перемещать больных из одной палаты в другую или даже в пределах одной и той же палаты.

Запрещаются посторонние разговоры в присутствии больного, даже если больной полностью безучастен ко всему окружающему. Иногда такой больной после окончания курса лечения рассказывает о том, что в его присутствии медицинские сестры или няни вели разговоры на самые посторонние темы, выслушивать которые ему было крайне тягостно, но он не мог говорить и двигаться, например при кататоническом ступоре. Посторонние разговоры персонала тяготят больных, находящихся в депрессивном и тоскливом состоянии. Больные же с бредовыми идеями отношения или самообвинения в этих разговорах нередко усматривают ряд «фактов», которые, на их взгляд, имеют прямое отношение к ним. Это может усилить беспокойство больных, нарушить контакт с медицинским персоналом. Такие больные начинают подозрительно относиться к медицинской сестре, прекращают прием лекарств из ее рук. В таких случаях говорят, что больной «вплывает» окружающих в свой бред.

В присутствии больных нельзя обсуждать состояние здоровья какого-либо больного, говорить о его заболевании, высказывать суждение о прогнозе. Категорически запрещается

смеяться над больными, вести беседу в ироническом, шутовском тоне.

Нередко больные с бредовыми идеями высказывают различные предположения о причине своего пребывания в больнице, жалуются на то, что их не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от них, умертвить. В этих случаях надо внимательно и терпеливо выслушать больного. Не следует стремиться во что бы то ни стало разубедить больного, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Чаще всего в этих случаях приходится говорить больному о том, что все его предположения неправильны, опасения совершенно необоснованны и что ему необходимо лечиться, так как он болен. Больной, как правило, не удовлетворяется этим ответом и тут же задает вопрос о сроке его выписки из больницы. С этим вопросом следует рекомендовать больному обратиться к лечащему врачу. Говорить же о точных сроках выписки при лечении психических заболеваний, как правило, очень трудно, так как в процессе лечения может понадобиться дополнительное время для проведения тех или иных мероприятий или же может наступить ухудшение в состоянии здоровья больного. О сроках выписки нужно говорить лишь приблизительно, с тем чтобы потом не возникало никаких споров, конфликтов. Лишь за несколько дней до выписки можно назвать точную дату.

Иногда, для того чтобы успокоить больного, медицинская сестра обещает ему очередное свидание с родными, разговор по телефону, но потом не выполняет своего обещания, т.е. обманывает больного. Это совершенно недопустимо, так как больной теряет доверие к медицинскому персоналу. В случае, если невозможно прямо и конкретно дать ответ на тот или иной вопрос, следует перевести разговор на другую тему, отвлечь больного. Не рекомендуется также обманным путем помещать больного в стационар. Это затрудняет в дальнейшем контакт с больным, он надолго становится недоверчивым, ничего не рассказывает о себе, о своих переживаниях, а иногда становится озлобленным.

Не следует бояться больных, но и не нужно бравировать храбростью, так как это может привести к тяжелым последствиям. Приведем пример, свидетельствующий о том, как нельзя пренебрегать осторожностью в общении с больным. Во время беседы больной, находящийся в бредовом состоянии, обратился к одному из молодых врачей и предложил ему выйти с ним в коридор для разговора с глазу на глаз. Поведение больного указывало на бредовое отношение к врачу. Больной и

врач, вопреки советам остальных сотрудников, вышли в коридор и больной сразу же напал на врача и нанес ему несколько ударов.

Следует помнить о возможных внезапных (импульсивных агрессивных) поступках больных, направленных против персонала или других больных. Вообще же агрессивные действия больных в отношении медицинского персонала – явление редкое. Ни в коем случае нельзя обижаться, озлобляться на больных за их агрессивные намерения или действия, которые связаны с болезнью. По выздоровлении часто можно слышать, как больной просит извинить его за поведение в прошлом.

В случае, если среди больных возникла ссора или драка, медицинская сестра должна принять срочные меры к тому, чтобы развести больных (для этого необходимо пригласить санитаров, можно прибегнуть к помощи сознательных больных) и сейчас же сообщить об этом врачу. Не следует в присутствии больных оправдывать поведение одного или обвинять другого.

Больные часто обращаются к персоналу с различными просьбами. Многие из них вполне выполнимы. Но прежде чем это сделать, нужно учесть все возможные последствия, т.е. быть осторожным. Например, больная шизофренией с бредовыми идеями физического воздействия и отравления после проведенного лечения стала чувствовать себя значительно лучше, но бред полностью не исчез, что она тщательно скрывала (диссимулировала). Вечером эта больная попросила у медицинской сестры английскую булавку, для того чтобы продернуть резинку. Булавку она получила. Вскоре после этого вызванный врач обнаружил у больной повреждение лица, так как она пыталась себе «застегнуть» рот с тем, чтобы ночью ей «не открыли его и не насыпали ядовитых веществ».

Больные часто пишут различные письма, заявления, жалобы в разные учреждения. В этих письмах они излагают все свои «мытарства», требуют, чтобы их обследовала комиссия, и др. Поэтому перед отправлением все письма, написанные больными, должны быть прочитаны медицинской сестрой или врачом. Письма, которые по своему содержанию носят явно болезненный характер или имеют какие-либо нелепые высказывания, отправлять не следует. Эти письма медицинская сестра должна передать врачу. Письма и записки, поступающие в отделение, перед тем, как их раздавать больным, тоже должны быть прочитаны. Это делается для ограждения больного от тех или иных травмирующих известий, которые могут ухудшить состояние здоровья. Передачи больным (продукты и

вещи) следует тщательно просматривать, чтобы родственники и знакомые умышленно или без умысла не вручили больному то, что может быть ему противопоказано или даже опасно для него, например лекарства (особенно наркотики), спиртные напитки, иголки, лезвия для бритвы, ручки, спички.

Медицинская сестра детально должна знать обязанность санитаров и следить за их работой, помнить о недопустимости снятия санитарного поста без обеспечения замены. Новой смене санитаров, заступающих на пост, медицинская сестра должна дать указания, какие больные нуждаются в строгом надзоре, особенно в уходе. К таким чаще всего относятся больные в депрессивном состоянии, больные с галлюцинациями, больные с бредом, особенно с бредом физического воздействия и преследования, больные эпилепсией с частыми припадками или с периодическими приступами расстройства сознания, физически слабые больные, отказывающиеся от еды и др. Самый бдительный надзор и наблюдение за такими больными – лучшее средство избежать несчастных случаев (самоубийство, самоистязание, побег, нападение на окружающих). Эти больные ни на минуту не должны исчезать из поля зрения санитаров. Если больной с мыслями о самоубийстве накрывается одеялом с головой, необходимо подойти к нему и открыть лицо, так как бывают случаи попыток к самоубийству под одеялом. При измерении температуры нужно внимательно следить, чтобы больной не нанес себе повреждения градусником или не проглотил бы его с целью самоубийства. Если больной пошел в уборную, то санитар должен следить через окошечко за поведением больного. Надзор не должен ослабевать ни днем, ни ночью; в палате, куда обычно помещают таких больных (наблюдательная палата), в ночное время должен быть достаточный свет.

При выдаче лекарств нельзя отходить от больного до тех пор, пока он не примет их, так как некоторые по тем или иным мотивам не желающие лечиться (бредовое толкование, страх, негативизм), получив порошок или таблетку, выбрасывают их или даже накапливают с тем, чтобы принять большую дозу одновременно с целью отравления. Если возникают подобные подозрения, нужно осмотреть вещи и постель больного, что, впрочем, следует время от времени делать в отношении многих больных. Осмотр вещей, чтобы не оскорбить и не обидеть больного, надо производить в часы прогулок или во время пребывания больного в ванне. В случае необходимости произвести срочный осмотр больному предлагают принять ванну или приглашают его в кабинет врача для беседы.

Больные, склонные к самоубийству, иногда собирают во время прогулок в саду кусочки стекла, гвозди, кусочки металла, поэтому санитары во время прогулок больных должны следить за их поведением. Территорию надо систематически тщательно убирать.

Больные не должны иметь при себе спичек. Спички курящих хранит санитар. При этом необходимо тщательно наблюдать, чтобы больной не бросил горящую папиросу на постель или же не нанес себе ожогов, что иногда делают больные в депрессивном или бредовом состоянии.

У больных не должно быть длинных карандашей, перочинных ножей, заколок, шпилек.

Бритье больных производит парикмахер в присутствии санитаря, для этого лучше пользоваться безопасной бритвой. Эти меры предосторожности необходимы потому, что бывают случаи, когда больной выхватывает бритву из рук персонала и наносит себе тяжелое повреждение. Во время еды ножи и вилки больным не выдают. Пищу приготавливают заранее таким образом, чтобы ее можно было есть, пользуясь лишь ложкой. Буфет, где хранятся ножи и другие предметы, должен быть всегда закрыт на замок. Входить туда больным не разрешается.

В отделениях, как правило, бывают беспомощные больные, за которыми необходим самый тщательный и систематический уход. К этой группе относятся больные с кататоническим и депрессивным ступором, с тяжелыми органическими поражениями головного мозга при наличии параличей или глубокого слабоумия, физически слабые больные и др. Они часто не могут самостоятельно есть, их нужно кормить и поить. Физически слабым больным, а также в случаях расстройства глотания пищу надо давать преимущественно жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться. Необходимо следить за чистотой белья и постели. Периодически с этой целью следует подкладывать больным судно. Для освобождения кишечника применяют очистительные клизмы. Больных, которым разрешено вставать, нужно водить в уборную. В случаях задержки мочи (чаще это наблюдается при кататонии) ее надо выпускать при помощи катетера. Важно внимательно осматривать (не менее 1–2 раз в неделю) кожные покровы больных, так как у них легко возникают пролежни, опрелости. Особое внимание надо обращать на область крестца, ягодич. При появлении первых признаков пролежней – стойкое покраснение кожи – больного следует уложить на ре-

зиновый круг, систематически протирать кожу камфорным спиртом. Ротовую полость, особенно если больной не пьет и не ест и его кормят через зонд, следует периодически промывать. Нужно строго следить за чистотой волос (лучше коротко стричь их).

Большого внимания обслуживающего персонала требуют больные, отказывающиеся от еды. Отказы от еды могут иметь различное происхождение: кататонический ступор, негативизм, бредовые установки (идеи отравления, самообвинения), повелительные галлюцинации, запрещающие больному есть. В каждом случае надо попытаться выяснить причину отказа от еды. Иногда после уговоров больной начинает самостоятельно есть. Некоторые больные доверяют кормить себя только кому-нибудь из сотрудников или родственнику. Больные с явлениями негативизма иногда едят, если около них оставить пищу и отойти. Часто помогает введение 12–16 единиц инсулина натощак, в результате чего усиливается чувство голода. В ряде случаев персоналу удается кормить больного, преодолевая небольшое сопротивление.

Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, приходится кормить больного искусственно через зонд. Для проведения этого мероприятия необходимо приготовить: резиновый зонд (диаметр отверстия около 0,5 см, один конец закругленный, с двумя боковыми отверстиями, другой – открытый); воронку, на которую надевают открытый конец зонда; вазелин или глицерин для смазывания зонда перед введением; питательную смесь, в состав которой входит 500 г молока, 2 яйца, 50 г сахара, 20–30 г сливочного масла, 5–10 г соли и витамины (питательная смесь должна быть теплой); два стакана кипяченой воды или чаю, чистый резиновый баллон, спички, роторасширитель.

Когда все приготовят, больного укладывают на кушетку на спину. Обычно больной оказывает сопротивление, так что его приходится удерживать 2–3 санитарам. Конец зонда смазывают вазелином или глицерином и вводят через нос. Обычно зонд без больших усилий хорошо проходит через носовой ход в носоглотку, затем в пищевод и достигает желудка, для этого зонд надо ввести на длину около 50 см. При прохождении зонда в области носоглотки у больного рефлекторно появляются отдельные рвотные движения, кроме того, сам больной может стремиться вытолкнуть зонд. В это время могут быть кратковременные задержки дыхания, больной краснеет, напрягается. В таких случаях рекомендуется на некоторое время прикрыть

рот больному и сказать ему, чтобы он дышал через нос и делал глотательные движения. Если у больного появляются затрудненное дыхание, синюшность лица, усиливается возбуждение, зонд надо быстро удалить.

Прежде чем вводить питательную смесь, необходимо окончательно убедиться в том, что зонд находится в желудке.

Показателем этого является следующее: 1) больной свободно дышит; 2) пламя горящей спички, поднесенное к воронке, не отклоняется в сторону и через воронку можно прослушать шум перистальтики желудка; 3) введение воздуха в воронку при помощи баллона вызывает шумы в области желудка, напоминающие урчание.

Кормление производят следующим образом. Вначале в воронку вливают около полстакана воды или чаю. После этого начинают наливать питательную смесь. Для того чтобы она не слишком быстро поступала в желудок, воронку не следует держать высоко. Затем в воронку вливают 1–2 стакана кипяченой воды или чаю. Зонд нужно удалять быстро, но не резким движением. По окончании кормления больного следует на несколько минут оставить в том же положении, так как иногда он может вызвать у себя рвоту. Для предотвращения рвоты применяют атропин (подкожная инъекция за 10–15 минут до кормления). Кормление через зонд приходится иногда проводить на протяжении нескольких месяцев, поэтому периодически нужно производить осмотр носовых ходов.

В случае, если зонд невозможно ввести через нос (искривление носовой перегородки, полипы), его надо вводить через рот, но для того чтобы больной не зажимал зонд зубами, предварительно необходимо ввести роторасширитель.

Кормление через зонд производит врач или медицинская сестра под его наблюдением.

Большое внимание следует уделять уходу за возбужденными больными. Возбуждение бывает разное. Известно, что возбуждение может быть при таких психозах, как шизофрения (кататоническое и гебефреническое возбуждение), маниакально-депрессивный психоз (маниакальная фаза), делириозное и аментивное состояние различной этиологии. На первом месте по борьбе с двигательным возбуждением стоит медикаментозная терапия. Хорошие результаты при возбуждении дает применение аминазина, который употребляется в виде 2,5% раствора по 200–400 мг/сут внутримышечно. С этой целью могут быть использованы трифтазин, галоперидол, тиопроперазин и другие нейролептические средства. В ряде случаев показан

хлоралгидрат по 2–3 г, 10% раствор гексенала по 5–10 мл, 25% раствор сульфата магния по 5–10 мл, барбитал по 0,2–0,4 г на прием. Учитывая, что в состоянии возбуждения больные, как правило, не принимают лекарств внутрь, необходимо их вводить подкожно, внутримышечно или в прямую кишку при помощи клизмы, в свечах.

Иногда возбужденного больного приходится удерживать в постели до тех пор, пока он не получит то или иное лекарство. Медицинская сестра не только должна точно знать все приемы удерживания беспокойного больного, но и уметь показать их санитарам и руководить санитарями, если это необходимо. В зависимости от силы возбуждения больного удерживание его в постели может быть обеспечено 1–2 санитарями, иногда для этого необходимы 3–4 и 5 санитаров.

При сильном возбуждении больного кладут на кровать на спину, руки и ноги больного выпрямляют. С обоих боков кровати становаются по два санитаря. Двое из них держат руки больного, фиксируя плечо и предплечье, двое – ноги, фиксируя бедро и голень. Иногда достаточно для удержания больного двух санитаров; тогда один из них удерживает ноги, а другой руки больного, предварительно их скрестив таким образом, чтобы левая рука лежала на правой. Если больной во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксирования рук и ног, необходимо третьему человеку удерживать голову больного. Для этого санитар становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце. Во время удерживания нельзя причинять больному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. Нельзя надавливать на живот и на грудь больного, так как можно причинить боль или вызвать перелом ребер.

В случае, если сильно возбужденный больной не дает приблизиться к себе, угрожая каким-либо предметом, к нему следует подойти, держа перед собой развернутое и поднятое вверх одеяло, которое быстро накидывают на больного. После этого больного тотчас укладывают в постель и удерживают так, как об этом сказано выше.

При переводе возбужденного больного из одного помещения в другое также надо правильно удерживать его. Для этого существует несколько приемов, которые применяются в зависимости от характера возбуждения и силы больного. Если больного ведет один санитар, то он должен подойти к больному сзади, взять его руки крест-накрест и идти рядом

с ним. Больной может оказать сопротивление: пытаться вырваться, ударить головой. Во избежание этого скрещенные руки больного надо приподнять, тем самым будут ослаблены движения плеч и головы больного. При сильном возбуждении больного могут вести лишь два санитары. В этом случае каждый санитар берет по одной руке больного и держит ее около кисти и плеча над локтевым суставом. Руки больного отводят в стороны.

При уходе за больными эпилепсией следует помнить, что ввиду своеобразия характера они часто вступают в длительные конфликты с окружающими больными, что может привести к агрессии. Медицинская сестра должна вовремя уметь отвлечь больного, успокоить его. Но если больной все же остается злобным, напряженным, необходимо это довести до сведения врача. Во время дисфории (расстройство настроения), которая может продолжаться несколько часов или дней, к больному не нужно часто обращаться, стремиться вовлечь в какие-нибудь занятия, так как он в это время крайне раздражителен и злобен. Лучше ему предоставить полный покой.

Большие трудности возникают при уходе за психопатами, которые нередко являются нарушителями режима отделений, часто вступают в ссоры с окружающими больными. В таких случаях приходится строго поговорить с ними, призвать к порядку.

Непосредственной обязанностью медицинской сестры является составление дневников. В них медицинская сестра должна точно изложить все, что она видела в течение дня, наблюдая за больными. Эти дневники имеют большое значение для врачей, если они умело составлены, так как медицинская сестра больше времени, чем врач, общается с больными и может заметить важные перемены в их состоянии. Эти же дневники необходимы медицинским сестрам и санитарам другой смены для ознакомления с состоянием больных. Только при четкой и согласованной работе всего персонала отделения, при правильной организации ухода и лечения можно достигнуть хороших результатов в оказании помощи больному психическим заболеванием.

---

---

## **РАЗДЕЛ 2**

### **ПОДДЕРЖАНИЕ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

#### **2.1. Психическая деятельность человека**

**Восприятие** – это комплекс ощущений, отражающий не отдельные свойства, а весь предмет или явление и дающий о нем более полное представление и знание (в восприятии участвуют несколько органов чувств). В правильности восприятия большую роль играет прошлый опыт личности и ее нынешнее состояние – особенность личности, направленность интересов, установки.

Расстройства восприятия проявляются в форме иллюзий и галлюцинаций:

**Иллюзии** – ложные, ошибочные восприятия, какого-либо объекта, когда существующие предметы или явления воспринимаются в искаженном виде. Они могут быть не только патологическими, но и физиологическими (у здоровых людей);

**Галлюцинации** – ложные, мнимые восприятия, возникающие без наличия реального объекта.

**Внимание** – направленность психической деятельности субъекта в данный момент на какой-либо реальный или идеальный (воображаемый) объект. Внимание может быть пассивным, или произвольным, которое является нецелевым, побочным, ориентировочным. Если деятельность осуществляется сознательно и с приложением волевых усилий, то говорят о произвольном внимании, а когда трудовая деятельность доведена до автоматизма, т.е. выполняемые операции не требуют специальных умственных усилий – о постпроизвольном внимании. Объемность внимания – это количество предметов и явлений, на которые оно может быть направлено одновременно.

Концентрация внимания по времени характеризует его устойчивость, а легкость и скорость перехода с одного объекта на другой – его переключаемость.

Расстройства внимания проявляются в чрезмерной отвлекаемости, рассеянности или истощаемости, когда в конце раз-

говора больной не может собраться с мыслями даже для простого ответа.

**Память** – процесс организации и сохранения прошлого опыта, возможности его повторного использования и возвращения (воспроизведения) в сознание в процессе обучения.

При долговременной памяти умение, навыки, образы сохраняются долгое время, запоминание становится более устойчивым при повторении и установке на длительное запоминание. При пассивном внимании примечание и запоминание явлений долго в памяти не удерживаются.

Кратковременная (оперативная, рабочая) память обеспечивает сохранение и преобразование данных, поступающих от органов чувств, а также долговременной и сенсорной памяти. Кратковременная память держится недолго и удерживает физические признаки информации, например, память зрительная, слуховая, обонятельная, тактильная и др.

Нарушение памяти характеризуется неспособностью запоминать новое и воспроизводить старое, т.е. воспоминания. Амнезия (забывчивость) может быть частичной (на определенный промежуток или события) и полной. Утрата памяти происходит в обратной последовательности ее накоплению.

Различают систематическую амнезию; прогрессирующую с распадом личности, которая наблюдается при болезнях Альцгеймера, Пика, энцефалопатии, корсаковском синдроме и др.; фиксационную; антероградную; ретроградную и антероретроградную.

По генезу амнезия может быть органического, психогенного и смешанного типа, а по течению – реградированной, конградской, транзиторной и эпизодической.

**Мышление** – процесс познавательной деятельности индивида, который характеризуется обобщенным и опосредованным обращением, абстрагированием действительности. Мыслительная деятельность побуждается мотивами (потребностью) с формированием цели. Мышление оперирует понятиями, суждениями и умозаключениями. Основными мыслительными операциями являются анализ (мысленное разложение целого на части) и синтез (соединение мысленно частей предметов и явлений в нечто целое).

Различают мышление интуитивное (опосредованное опытом и знаниями практической и духовной деятельности человека) и творческое (создание субъективно нового продукта в процессе самой познавательной деятельности).

Расстройства мышления, т.е. процесса деятельности интеллекта, могут быть ускоренными и замедленными. Мышление

может быть бессвязным; обстоятельным, вязким с застреванием на второстепенных деталях и мелочах; резонерским со склонностью к излишнему рассуждательству и бесплодному мудрствованию; паралогическим с игнорированием законов логики и ложными выводами; аустическим с уходом от реалий и основой на личностных желаниях и устремлениях; разорванным по типу, бредовым.

В психиатрической практике наиболее часто встречается бред: паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром Котара.

**Интеллект** (способность к рациональному познанию мира) играет важную роль в мышлении для понимания происходящего: раскрытие сути предметов или явлений, их происхождения и развития, их связи с другими явлениями.

Интеллектуальные расстройства протекают в форме врожденного малоумия (олигофрении, или умственной отсталости) и приобретенного слабоумия (деменции) различных степеней и видов: стойкое оскудение, распад, упрощение психической деятельности с нарушением гнозиса (познавательная деятельность), праксиса (способность выполнять последовательные движения и целенаправленные действия по заранее выработанному плану), поведения и эмоциональной сферы.

**Эмоции** – переживания, которые могут быть положительными (удовлетворение потребностей) или отрицательными (неудовлетворение влечений и желаний).

*Чувства* – относительно устойчивые переживания человеком своего отношения к явлениям действительности.

*Аффект* – сильное и кратковременное эмоциональное состояние, связанное с изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств.

*Страсть* – сильное и стойкое, всеохватывающее чувство, доминирующее над другими побуждениями и приводящее к сосредоточению на предмете страсти всех устремлений и сил человека.

*Настроение* – более или менее длительное эмоциональное состояние, окрашивающее деятельность человека в определенный тон – скука, печаль, тоска, страх или, напротив, радость, увлеченность, ликование, восторг и др.

**Расстройства настроения** (устойчивое эмоциональное состояние):

*Эйфория* – состояние беспричинно радостного, безмятежного блаженства и довольства, когда больному все (и он сам) кажется превосходным, прекрасным и восхитительным;

этот опыт, он в своих трудах решил проблему о соотношении сознания и подсознания в психологии и поведение человека в пользу подсознательного человеческого поведения. Фрейд утверждал, что психика не подотчетна человеческому сознанию.

1. Бессознательность, подсознание, сознание.

Согласно науке психоанализа, основанной Фрейдом, психическая деятельность человека состоит из 3 уровней – сознание, предсознание и бессознательность.

2. Ид (оно), Эго (собственное я), Супер-Эго (сверх-я).

Фрейд выделяет в структуре личности Ид, Эго и Супер-Эго. Ид – это импульсные потребности.

Эго подавляет инстинктивные потребности и обеспечивает мобилизацию и автономность психологических действий.

Супер-Эго сдерживает импульсы и контролирует Эго.

Психика человека функционирует при взаимодействии этих 3 составляющих элементов.

В действительности психика и поведение человека основаны на смутных влечениях людей, близких по своему характеру к психике животных. Главными из них являются: влечение к насилию, агрессии, а также стимулы сексуального порядка.

Зигмунд Фрейд утверждал, что постоянная внутренняя борьба между двумя слоями человеческой психики и является главной причиной психологических срывов, стрессов, психических болезней, конфликтов, жертвами которых становится человек.

## **2.2. Жизненный цикл и ментальное здоровье**

### **Особенности и угрозы каждого периода**

По мнению Эриксона, развитие психики человека продолжается на протяжении всей его жизни. Человек преодолевает задачу (стресс), характерную для каждого жизненного этапа, обеспечивая тем самым рост и формируя свою личность. Всякий человек сталкивается с угрозами, сопровождающими жизненный цикл, но каждый по-своему реагирует на стресс. Поэтому есть как опасные, так и неопасные ситуации.

При изучении душевного здоровья следует понять то, какими способами этот человек (пациент) до настоящего момента реагировал на стресс. Этот процесс равнозначен пониманию самого человека. Другими словами, большое значение в плане человеческого роста имеет не то, смог или не смог человек

справиться со стрессом на определенном жизненном этапе, а сам процесс преодоления стресса методом проб и неудач.

При непреодолимости стресса или при душевной болезни понимание этапов развития данного человека служит важным ключом в изучении причин сложившейся ситуации (что стало причиной такой реакции).

### **Особенности ментального здоровья на каждом этапе жизни**

1. Период грудного вскармливания и дошкольный возраст (0–6 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие ребенка в период грудного вскармливания: отягощенная наследственность, родовая травма, недостаточное питание, психотравмирующие социально-психологические условия, инфекции (вирусный энцефалит) и воздействие токсических веществ (например, свинец).

2. Особенности ментального здоровья:

а) Непонятный страх.

Ребенок в течение 10 месяцев вынашивается в утробе матери и скорее после рождения испытывает «мучения». В частности, сюда можно отнести голод, физическую боль, неприятные ощущения и т.д. Эти муки, неприятные для младенца, испытываются в виде «непонятного страха». Говорят, что в период обострения психических заболеваний больные испытывают аналогичный страх.

б) Боязнь расставания.

В младшем возрасте ребенок через теплоту материнских объятий ощущает свою душевную связь с матерью, а также противопоставит окружающим и, наоборот, сдерживает себя, рассматривая при этом мать в качестве «основы душевной безопасности».

2. Школьный возраст (6–12 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие в школьном возрасте: необходимость адаптации к новым условиям, принятие большого количества новой информации, изменение режима жизни, новые взаимоотношения в коллективе

2. Особенности ментального здоровья:

а) адаптация в социальной среде;

б) отказ идти в школу.

Ребенок перестает оценивать предметы и явления по внешнему виду или наружности, а начинает рассматривать их по существу, процесс мышления почти достигает уровня взрослого человека.

В социальном плане ребенок расширяет круг межличностных отношений. Начинается построение отношений с новыми (выходит за рамки семейных взаимоотношений) группами людей – друзьями, учителями и т.д. Ребенок начинает осознавать свою роль в этой среде, учится отстаивать свои интересы для установления связи с окружающими.

### 3. Подростковый возраст (12–18 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие в подростковом возрасте: половое созревание и сопутствующий стресс, давление со стороны семьи и сверстников, боязнь поражения, боязнь излишнего веса.

#### 2) Особенности ментального здоровья:

##### а) Формирование собственного Я.

Одновременно с физическим ростом наблюдается активное выделение половых гормонов и появление вторичных половых признаков. Вместе с тем формируется восприятие самого себя с точки зрения мужественности или женственности, а также повышается осознание своих половых функций.

В этот период появляются свои секреты, что способствует воспитанию способности хранить эти секреты. Происходит укрепление собственного Эго, человек учится хранить внутреннее Я.

##### б) Самостоятельность и непонимание семьи:

Наступает 2-ой период сопротивления, когда у человека формируются собственные принципы и система ценностей. Человек перестает прислушиваться к мнению взрослого поколения – родителей, учителей, которые до этого момента пользовались уважением как безусловные личности. Кроме этого, человек не в состоянии контролировать прежнее желание быть зависимым и желание быть самостоятельным, что в результате приводит к сопротивлению.

##### в) Нарушение принятия пищи:

Болезненная убежденность в собственной полноте и стремление похудеть обычно не носят при нервной анорексии характер навязчивости. Сосредоточенность на весе и фигуре не противоречит внутренним установкам, а потому не сопровождается тревожностью. Похудеть – главная цель для людей с анорексией, в основе которой всегда лежит страх. Они боятся стать полными, потерять форму и перестать нравиться людям противоположного пола. Они всецело сосредотачиваются на том, как похудеть, составляют списки употребляемых блюд, методично высчитывают калории, читают много литературы на данную тему и собирают всю информацию о питании и диетах.

#### 4. Юношеский возраст (18–25 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие в юношеском возрасте: переход во взрослую жизнь, домашняя изоляция, отказ идти на работу.

#### 2) Особенности ментального здоровья:

По сравнению с периодом полового созревания на данном этапе формируются более долговечные дружеские взаимоотношения. Подражая хорошо сплоченной группе своих сверстников, человек учится осуждать и вместе с тем уподобляться реальному обществу взрослых. Однако, если не удастся приспособиться к такой группе сверстников, то может наступить состояние андрофобии (страха по отношению к людям) и социальной дезадаптации.

Задачей является становление тождественности (самоидентичность).

#### 5. Взрослый возраст (25–40 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие во взрослом возрасте: женщины (в связи с репродуктивностью), роль родителей, стрессовые ситуации на работе и в семье, халатное отношение к своему здоровью.

#### 2) Особенности ментального здоровья:

Развитие физических и психических функций достигает пиковой отметки. Человек один за другим проходит различного рода важные события жизненного цикла – трудоустройство, вступление в брак, рождение ребенка и т.д. Данный этап следует рассматривать с учетом половых различий.

**«Кризис у мужчин».** В этот период человек определяет структуру своей жизни, удовлетворяющую его самого, и заботится о своей семье. Человек находит в обществе подходящее для себя место и начинает стремиться к успеху. Обретает материальную независимость, стресс увеличивается по мере роста социальной роли и ответственности.

**«Кризис у женщин».** В жизни происходят такие важные события, как вступление в брак и рождение ребенка. Заново строятся межличностные отношения внутри созданной семьи, появляется дополнительная нагрузка – домашние заботы и воспитание ребенка. Стресс, возникающий вследствие внутрисемейных проблем (проблемы детей, конфликт со свекровью, супружеские взаимоотношения), заставляет некоторых супругов злоупотреблять алкоголем. Также в последнее время усиливается продвижение и участие женщин в общественной жизни, вместе с этим также растет количество женщин, совмещающих свои функции и в семье, и на работе.

## 6. Средний возраст (40–65 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие в среднем возрасте: женщины (в связи с репродуктивностью), роль родителей, стрессовые ситуации на работе, страх старения, потери половой потенции, наступление менопаузы, снижение физической и умственной работоспособности, много огорчений из-за увеличения массы тела, нервозность, раздражительность, повышенная чувствительность и ранимость, плаксивость, самостоятельность детей.

### 2) Особенности ментального здоровья:

#### а) Расстройства в период климакса.

В этот период наступает поворотный момент в жизни человека, когда он начинает чувствовать старость. Также на данном этапе человек пересматривает свое физическое и психическое состояние. С другой стороны, человек приобретает уверенность в самом себе как результат преодоления многочисленных кризисов и трудностей, а также с помощью новых попыток может выявить в себе прежде не замеченные способности. Он еще раз анализирует правильность пройденного им жизненного пути и стремится к достижению более индивидуальной и зрелой личности.

#### б) Депрессия.

Из-за потери социальной роли, вызванной уходом с работы, человек начинает впадать в состояние депрессии и испытывает различные внутренние конфликты – забота о пожилых родителях, самостоятельность детей и т.д.

## 7. Старческий возраст (старше 65 лет).

1) Факторы, влияющие на развитие в старческом возрасте, и особенности ментального здоровья:

а) Выход на пенсию, потеря профессионального статуса и трудоспособности.

Для многих людей переход на пенсию сопровождается стрессами, тоской и апатией, а пенсионный возраст ассоциируется со старостью и болезнями, поэтому и воспринимается как настоящая катастрофа и вызывает психологический кризис, особенно у тех, кто на работе был занят активной творческой деятельностью. Теперь она сменяется бездействием и пустотой.

У пожилых рабочих при старении ухудшаются не только отдельные профессионально значимые функции (психомоторика, физическая сила и выносливость, психоэмоциональная устойчивость), но и страдает личность человека в целом. Учитывая изменившуюся подвижность психики в пожилом возрасте, нецелесообразно работать в разных сменах, при наличии сильных раздражителей и т.д.

#### б) Изоляция.

Неожиданная отставка с работы вызывает у некоторых скуку, приводит к депрессии. Поэтому уход со службы представляет собой не только душевную, но психологическую проблему, сопровождающуюся нервным напряжением, беспокойством, страхом. В результате происходит нервный срыв. Ему начинает казаться, что уход со службы – это отстранение от жизни, и пожилой человек приговаривает себя к полной изоляции, думая, что так будет до самой смерти.

#### в) Зависимость.

Пожилой возраст – такая стадия в жизненном цикле, где происходят систематические социальные потери и отсутствуют приобретения. Главные жизненные задачи выполнены, ответственность уменьшается, зависимость возрастает. Эти потери связаны с болезнями и физическим недомоганием. Эти потери и корреляты зависимости, изоляции и деморализации прогрессивно увеличиваются в поздней жизни. Они ясно показывают пожилому человеку понижение участия в социальной жизни и увеличение его маргинальности.

#### г) Питание.

Особое значение в пожилом и старческом возрасте имеет полноценная, количественно ограниченная диета. В стареющем организме снижаются процессы обмена, и в связи с этим уменьшается потребность в энергетических материалах, вводимых с пищей. Особое значение в пожилом возрасте приобретает питание. Известно, что избыточное по объему или высококалорийное питание ускоряет процессы старения. Процесс старения сопровождается физиологическими изменениями, значительными переменами душевного, интеллектуального, социального и материального характера, и как следствие – нарушает состояние питания престарелых. Так замыкается порочный круг – плохое питание усугубляет все вышеперечисленные причины, пожилой человек теряет силы и становится все более немощным.

#### д) Потеря близких, одиночество.

Происходит упадок физических функций, ухудшается внимание и память, исчезает интерес. Опыт потери различного характера – смерть супруга или близкого человека, потеря места общественной деятельности и своей роли в обществе или общине.

#### е) Депрессия.

Депрессии возникают в любом возрастном периоде старения, однако наибольшая подверженность депрессиям отмеча-

ется в пожилом возрасте (60–75 лет). Женщины этого возраста в три раза чаще обнаруживают признаки депрессии, чем мужчины. В старческом возрасте (75–90 лет) эта разница в частоте депрессий у мужчин и женщин сокращается, в сверхпозднем возрасте (после 90 лет) практически исчезает. Среди престарелых депрессии вообще встречаются значительно реже.

Общие критерии депрессивного расстройства (МКБ–10). В качестве основных симптомов должны иметь место: стойкая подавленность настроения (ежедневно и большую часть дня, не менее 2 недель), утрата способности радоваться, интересоваться чем-либо, испытывать удовольствие (ангедония), повышенная утомляемость и снижение энергии.

ж) Подведение итогов.

Однако данный период не сопровождается только потерей, после освобождения от социальной ответственности и роли человек находит приятное для себя дело и пробует себя в интересующих областях.

Здесь обобщается весь жизненный опыт и накопленные знания, человек воспринимает себя таким, какой он есть. Он становится лицом к лицу с собственным Я и оценивает весь жизненный путь. В этот период человек ощущает упадок собственных сил, но одновременно стремится к старости, наполненной содержанием и вызывающей чувство удовлетворенности.

## **2.3. Тревога и предпринимаемые меры**

### **Тревога и страх**

Тревога возникает тогда, когда в критической обстановке Эго подвергается опасности, а само существование находится под угрозой. Из-за наложения друг на друга чувства бессилия, нервозности, нерешительности, замешательства, потери уверенности в себе и т.п. тревога также сопровождается такими симптомами вегетативной нервной системы как сильное сердцебиение и учащенное дыхание. У тревоги нет объекта, и проявляется она как неопределенная опасность, в случае же со страхом существует конкретный объект и ситуация.

Слабую тревогу и тревогу средней степени часто испытывают и нормальные люди, и это становится движущей силой для решения образовавшихся проблем. Сильная же тревога создает проблемы в повседневной жизни и может привести к неврозам и другим психическим симптомам.

Патологическая тревога. Тревога свойственна любому человеку, однако, когда она усиливается, выходя за рамки нормального состояния и принимая патологический характер, то рассматривается как «патологическая тревога».

### Защитная система психики

Тревога является индикатором опасности, мобилизующим защитную систему под воздействием неосознанно появляющихся эмоций, направленных на избавление от неприятных чувств, с которыми сталкивается человек. Это ежедневно происходит с каждым, и этот процесс формирует характер человека. Чрезмерная защита затрудняет адаптацию к реальности и становится симптомом. В защитную систему входят подавление, отрицание, идентичность, присвоение, отражение, противодействие формированию, разделение, отмена, рационализация, сублимация, регресс и т.д. Поведение, ориентированное на самозащиту, обеспечивает психологическую защиту от стрессора на подсознательном уровне.

К таким формам поведения относятся:

*компенсация* – человек отвлекает себя от какого-либо недостатка, акцентируя свое поведение на достижениях в других областях;

*конверсия* – подсознательное подавление тревоги, вызывающей эмоциональный конфликт, и попытка объяснить себе этот «конфликт» симптомами, не имеющими видимых органических причин;

*отрицание* – сознательный отказ признать наличие стрессора, который может вызвать невыносимую эмоциональную боль;

*смещение* – «выплескивание» на кого-то или на что-то связанных со стрессовой ситуацией эмоций, мыслей или желаний;

*идентификация* – подражание в поведении качествам и действиям другого человека;

*регрессия* – противостояние страху действиями и типом поведения, заимствованными из предыдущего этапа развития;

*подавление* – процесс устранения из сознания неприемлемых, невыносимых представлений, идей, аффектов;

*отражение* – точная подстройка к целой части поведения другого человека;

*противодействие формированию* – реакция индивида, обратная той, которую предполагает воздействие со стороны;

*разделение* – способ преодолевать внутренний конфликт путем разъединения противоположных эмоций и принятия в данный момент лишь одной из них, которая обычно бывает представлена в усиленном виде;

*рационализация* (rationalization) – защитный механизм Эго, когда человек придумывает приемлемые объяснения для нежелательного поведения;

*сублимация* – один из механизмов психологической защиты, снимающий напряжение в ситуации конфликта путем трансформации инстинктивных форм психики в более приемлемые для индивида и общества;

*регрессия* – форма психологической защиты. Характеризуется тем, что при ее реализации происходит возврат к более примитивным формам поведения и мышления, которые были свойственны для более ранней стадии онтогенетического развития.

**Поведенческие реакции**, свидетельствующие о наличии стресса у человека:

непрерывное хождение вперед-назад,

снижение активности (пассивность, одна поза),

изменения в повседневной жизнедеятельности (снижение аппетита),

изменения восприятия реальности и социальных взаимоотношений,

изменение отношения к работе.

**Физиологические показатели стресса:** повышение или понижение АД, учащение пульса и дыхания, расширение зрачков, потные ладони, холодные кисти, поникшая поза, усталость, плач, тошнота, рвота, понос, изменения аппетита, изменение массы тела, частоты мочеиспускания, тревога, трудное засыпание, частые пробуждения.

**Психологические показатели стресса:** тревога, депрессия, вялость, злоупотребление лекарственными средствами, изменение привычек, связанных с питанием, сном, любимым занятием, психическое истощение, снижение работоспособности, прогулы.

Расстройства, возникающие при сильном стрессовом жизненном событии или значительном изменении в жизни, приводящем к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Выделяют острую реакцию на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство.

**Острая реакция на стресс.** Причиной этого состояния являются сильные психотравмирующие факторы (природные ка-

тастрофы, несчастные случаи, внезапная потеря близких). В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности, поэтому развивается не у всех людей.

Отмечается нарушение сознания, дезориентировка, неадекватная реакция на внешние раздражители, отмечается уход от ситуации вплоть до диссоциативного ступора или ажитация и гиперактивность (реакция бега или фуга). В последующем амнезия эпизода. Развивается в момент психотравмы. Проходит в течение нескольких часов или 2–3 дней.

После утраты близких в результате стихийных бедствий отмечается убежденность в том, что погибшие на самом деле живы, бегство от места трагедии, поведение с чертами инфантильности (пуэрилизм), застывание у места трагедии и отказ его покинуть.

#### **Понятие выздоровления (понятие о болезни души):**

– Депрессия сопровождает развитие. Нет развития без боли.

– Преодолев болезнь, человек становится сильнее, чем прежде.

– Не только стремиться к идеальности, но также осознавать свое бессилие.

– Выздоровление не только устраняет симптомы, но также способствует и развитию человека как личности.

### **Душевное здоровье и понимание расстройств**

Раньше феномен душевных расстройств определялся на основе религиозных и социальных предрассудков, заблуждений. В результате этого, больных подвергали жестоким наказаниям – сжигали их на кострах, помещали в тюрьмы и обращались с ними, как с преступниками. Но, в конце концов, благодаря современной медицине угрозу, наносящую ущерб душевному здоровью, стали определять как болезнь. И в этом контексте человеку с психической болезнью, который является объектом психиатрии, дали общее название и стали называть его «человек с психическим расстройством».

С другой стороны, любой человек испытывает тревогу, но эта тревога не такая сильная, и поэтому в жизни человек не часто сталкивается с такой тревогой, какую испытывает человек с психическим расстройством. Норму и патологию, которые являются критериями определения психической болезни, определить нелегко. Реальность нашего времени такая, что есть

люди, которые, хотя и выглядят со стороны психически ненормальными, не проходят медицинское обследование. Отсюда следует, что определить человека с психическим расстройством возможно после получения результатов медицинского обследования. В сестринском уходе, который опирается на данную точку зрения, развили такие важные методы оказания помощи, как «помощь через межличностные отношения».

### Связь стресса и расстройств

Селье приравнял слово «стресс» к живому существу. Он указал, что из-за множества раздражителей, поступающих из внешней среды, нарушается баланс, существующий внутри живого организма, а процесс, направленный на восстановление нарушенного баланса, он назвал стрессом.

#### 1. Стресс как биологическая реакция.

Селье различал вредный раздражитель, который вызывает стресс, – стрессор и реакцию организма, соответствующую изменению, – стресс (стресс и стрессор).

Подвергнувшись стрессору, человек принимает по отношению к нему какие-либо меры: избегает, решает и преодолевает, просит помощи. Если эти меры адекватны, то это поддерживает гомеостаз, который сохраняет постоянство внутренней среды организма и поддерживает здоровье (стресс-контроль – борьба со стрессом).

Обычно, для того чтобы произошло нарушение равновесия на физическом и психическом уровнях после столкновения со стрессором, требуется время от 2 месяцев до 2 лет. Если смотреть с позиций стрессора: настолько ли силен стрессор, чтобы преодолеть адаптационную способность организма, выдержит ли он, или же нескольким стрессорам надо объединиться для того, чтобы вызвать стрессовое заболевание. Если смотреть с позиций организма, то болезнь может легко развиваться в случае, когда нет эффективных мер противодействия и нет поддерживающих связей и в случае слабого физического защитного механизма (стресс здорового и больного человека).

#### 2. Адаптация к стрессу.

Адаптация – это динамический процесс, направленный на поддержание постоянного гомеостаза организма. На оборотной стороне постоянства температуры тела находится переменчивая сила, которая управляет нервами и гормонами для того, чтобы достичь оптимального уровня по отношению к изменению температуры воздуха. Это называется физиологической

адаптацией. Это – реакция, проявляющаяся на бессознательном уровне и возникающая в тот момент, когда складывается опасная для жизни ситуация (физиологическая адаптация).

Если под воздействием психологического стрессора возникает гнев, чувство бессилия и другие отрицательные эмоции, то в следующий момент ощущаются такие неприятные физические ощущения, как сильное сердцебиение, холодок, пототделение и т.д. Если уметь осознавать этот процесс, то можно будет судить о степени опасности во взаимосвязи значения раздражителя и ситуации, а также предпринимать обдуманые меры (психологическая адаптация).

### 3. Понятие стрессового расстройства.

Большой инцидент может стать не только ударом физического, но и психического характера, и может легко спровоцировать острую стрессовую реакцию. Такой психологический стресс тесно связан с нарушениями здоровья. Однако есть люди, которые при аналогичных инцидентах не испытывают нарушения здоровья. Какой оборот примет процесс, определяется индивидуальными особенностями и взаимодействием индивидуума с окружающей средой.

Медсестра может оказать помощь, направленную на минимизацию стрессового воздействия, посредством тщательного наблюдения за факторами стресса, индивидуальными особенностями, а также за состоянием поддержки, которая является индивидуальным фоном, и путем влияния на ключевые аспекты.

Сестринский уход за пациентами со стрессовыми расстройствами оказывается в рамках сестринского ухода за больными с посттравматическими стрессовыми расстройствами и пациентами с депрессией. Начиная с предоставления условий для спокойного разговора, медсестра оказывает помощь в поддерживающем или познавательном переустройстве и выполняет определенную роль в оказании психологическо-педагогической помощи, стимулирующей понимание пациентом симптомов. Важно помочь пациенту для того, чтобы он смог естественно выражать свои эмоции.

## 2.4. Образ и качество жизни

Образ жизни – субъективная сторона жизнедеятельности, создаваемая самим индивидуумом (досуг, духовность и др.). Здоровый образ жизни (ЗОЖ) представляет собой категорию общего понятия «образ жизни» и включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его куль-

туры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Формирование ЗОЖ предусматривает:

- Создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии на здоровье негативных факторов и возможностях уменьшения этого влияния.

- Санитарно-гигиеническое воспитание населения.

- Снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств.

- Привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

В последние годы в экономически развитых странах, где большей части населения доступны основные материальные блага, широко вошло в обиход понятие «качество жизни», однако до сих пор этот термин не имеет общепринятого определения. По мере развития человеческого общества отношение к этому понятию, очевидно, будет меняться. Каждое следующее поколение, выдвинув свои требования к жизни, само определит критерии ее «нормальности» и «качественности».

**Качество жизни** – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии. Следует выделить три основных признака, характерных для концепции «Качество жизни».

1. *Многомерность.* Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. *Изменяемость во времени.* Качество жизни больного меняется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

3. *Участие больного в оценке его состояния.* Эта составляющая является особенно важной. Оценка качества жизни, сде-

ланная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

ВОЗ предложила рассматривать качество жизни, как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом, в зависимости от того, как удовлетворяются их потребности (физические, экономические, социальные и пр.), как предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В дальнейшем это определение несколько изменилось и на сегодняшний день оно звучит следующим образом: качество жизни – это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. Несмотря на имеющиеся определения, дискуссия продолжается.

**Уклад жизни в Узбекистане и здоровье.** К числу комплексных показателей, характеризующих образ жизни конкретного индивида, относят уклад жизни, уровень жизни, качество и стиль жизни. Уклад жизни – национально-общественный порядок жизни, быт, культура, обычаи. Так, например, обусловленные конкретными историческими реалиями обычаи являются действиями, формирующимися в стереотипно повторяющихся ситуациях. Они, в свою очередь, создают привычки – закономерно повторяющиеся действия, выполнение которых стало потребностью.

**Обнаружение смысла существования и ценностей.** В основе любого определения качества жизни лежит понятие «жизнь», причем жизнь как главная ценность человека. Понятие «жизнь» наиболее полно и всесторонне характеризуется следующими составляющими: созидательная жизнь, потребительская жизнь, семейно-родовая жизнь, социокультурная жизнь, духовная жизнь.

**Ценности человека в Узбекистане:** семья, дети, понятие рода и родословной.

## **2.5. Роль и функции семьи душевнобольного**

### **Важность понимания семьи**

#### **1. Формы семьи.**

Форма и функции семьи отличаются в зависимости от страны, времени, религии и традиции (общественной и семейной).

Типы семей разные по структуре, по форме брака, по распределению ролей. К примеру, раньше в Европе семья означала группу людей под руководством патриарха, пользовавшегося высоким авторитетом. Следует заметить, что в некоторых странах отсутствуют моногамные семьи.

2. Роль и функции семьи.

1) Правовые обязанности и функции семьи.

– Правовые обязанности: содержание, защита.

– Функции семьи: репродуктивная, воспитательная, образовательная, защитная и потребительская.

*Репродуктивная:* биологическое воспроизводство населения.

*Воспитательная и образовательная:* социализация молодого поколения.

*Экономическая:* экономическая поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных членов общества.

*Эмоциональная:* психологическая защита, эмоциональная поддержка.

*Статусная:* предоставление определенного социального статуса членам семьи и другие функции.

2) Функциональная и дисфункциональная семья.

Функциональная семья – это семья, которая функционирует несмотря на имеющиеся проблемы, а дисфункциональная семья не функционирует даже при отсутствии проблем.

3. Задачи семьи.

– Барьер между поколениями: есть явная разграничительная линия между миром взрослых, отражающих главным образом взаимоотношения мужа и жены, и миром детей.

– Семейный барьер: преграда между семьей и внешним миром.

## **Конфликты и угрозы внутри семьи**

1. Созависимость.

Это взаимозависимые отношения между членами семьи, которые удовлетворяют желание человека «быть зависимым» от окружающих и скрытое желание семьи, воспринимающей эту зависимость, «заботиться» о нем. Это проблема семьи, в которой живет человек с пагубным пристрастием, как следствие нарушения связи. В таких семьях формируется образ жизни, при котором желания одного человека определяются его партнером (алкоголиком). Изначально это понятие относилось к семьям алкоголиков, но в настоящее время эта взаимосвязь наблюдается в семьях с более широким кругом проблем.

Алкогольная зависимость не появляется при участии только одного человека. За спиной больного, страдающего алкоголизмом, обязательно есть люди, которые дают ему выпить и заботятся о нем. Для некоторых больных первым шагом к излечению от болезни является отдаление от этих людей.

2. Растерянность (путаница понятий) – теория «двойной связи» Г. Бейтсона.

Когда неоднократно больному дают разноуровневые приказы, которые запрещают что-либо, но одновременно противоречат друг другу, то это вызывает у него замешательство. Прежде существовали гипотезы о причастности данного понятия к развитию шизофрении, но сейчас они отрицаются.

3. Выражение эмоций семьи (expressed emotion EE).

В семьях, где ее члены эмоционально втягиваются в состояние больного, родные ворчливы, враждебно относятся к нему и постоянно делают критические замечания (семья с высоким уровнем EE), сам процесс проживания вместе с семьей для пациента приобретает форму хронического стресса и повышает риск развития рецидива. И, наоборот, в семьях с более спокойными и уравновешенными взаимоотношениями, где присутствует определенная дистанция между членами семьи, (семьи с низким уровнем EE) мало случаев повторного развития болезни.

4. Идентифицированный пациент (Identified Patient I.P.).

Этот термин используется в тех случаях, когда в семье выявлен человек, у которого наблюдаются определенные симптомы, то есть, обнаружен человек, рассматриваемый в качестве больного. При выявлении идентифицированного пациента (I.P.) необходимо воспринять это как боль всей семьи и оказать соответствующий уход.

В современном обществе и семьях, где человек всюду сталкивается со стрессом, если не принять соответствующих мер, то это может привести к росту количества людей, которым потребуются психологическая помощь (люди, страдающие депрессией), а также росту преступности. Например, люди, страдающие расстройством принятия пищи (I.P.), посредством проявления симптомов посылают обществу некий сигнал тревоги.

## **Семейная терапия и помощь семье**

Для семей, содержащих душевнобольных, характерны следующие конфликты: ощущение потери из-за болезни члена семьи, рассматривание семьи как причины болезни, предвзятое отношение со стороны окружающих и отсутствие места полу-

чения консультации, проблема ухода за больным, материальная нагрузка.

1. Психодинамическая терапия. Это одна из форм психотерапии, направленная на семью, которая не ставит перед собой цель поменять человека (больного или членов его семьи), а осуществляется в форме консультирования семьи с целью изменения связей между ее членами.

2. Поведенческая терапия. Состояние пациента может меняться в лучшую или худшую сторону в зависимости от того, как семья воздействует на него. Поэтому семья также должна изучать и повышать уровень своих знаний о психических расстройствах. Необходимо позаботиться о том, чтобы семья сначала поняла, какие психические симптомы (внезапные крики, появление галлюцинаций) и побочные действия препаратов бывают, а также изучила, как эти факторы влияют на повседневную жизнь пациента (появление ощущения общей слабости, затруднение при утреннем вставании и т.д.) и как в таких ситуациях лучше вести себя с больным.

Другими словами, семья должна заниматься самообразованием в качестве партнера, понимающей и поддерживающей стороны по отношению к пациенту, страдающему психическим заболеванием. Это называется психологическим обучением.

3. Использование социальных ресурсов. Семьи лиц с психическими расстройствами могут пользоваться следующими видами социальных ресурсов:

- Кабинеты социально-психологической помощи.
- «Телефон доверия» – осуществляет психолого-психотерапевтическую помощь.
- Центр «Хамдард» в г. Джизаке.
- Центр доверия «Сабр» в Самаркандской области и др.

Причины обращения в эти центры: лично-семейные конфликты, проблемы подростков и конфликты между родителями и детьми, одиночество, наркологические проблемы, материальные трудности, суицидальные намерения и др. В этих центрах, наряду с другими специалистами, консультируют также психолог, социолог, юрист и врач-гинеколог. Эти центры работают совместно с представителями МВД, Комитета женщин, Министерства социального обеспечения, фондов «Махалля» и «Камолот» и другими организациями.

4. Группы самоподдержки. В Узбекистане существует организация «Умид», которая объединяет родственников, родителей и друзей душевно больных людей и где можно получить соответствующую помощь.

## 2.6. Коммуникация в психологическом уходе

Помощь, требуемая от медсестры в процессе общения:

**1. Принятие** – «принять собеседника таким, какой он есть». Хотя нам и сложно понять иллюзию, галлюцинации и другие подобные симптомы, для пациента они являются действительностью. Однако, даже если не удастся понять смысл их каждого отдельного действия, самое важное заключается в том, чтобы принять в качестве действительности два факта – существует пациент, реально испытывающий такие ощущения; пациент живет, страдая от чувства страха, беспокойства и других психических симптомов. Говоря иначе, не следует прерывать разговор собеседника и отрицать что-либо, говоря «Это кажется мне странным», «Он не отвечает на мои вопросы» или «Это я уже слышала». Необходимо постараться услышать жалобы страдающего от психических симптомов пациента без субъективного мнения слушателя. Если у пациента сложится впечатление, как будто его разговор прервали или не выслушали до конца и пропустили мимо ушей, то станет сложно узнать его истинную жалобу.

**2. Эмпатия** – это позиция слушателя, разделяющего эмоции говорящего и пытающегося понять его изнутри. Например, в предыдущем примере, даже когда невозможно понять слова и действия пациента, страдающего иллюзией или галлюцинацией, то можно хотя бы постараться понять психологическое состояние пациента, живущего с такими симптомами. Возможно, слушать каждый день неприятные голоса окружающих доставляет пациенту дискомфорт и беспокойство, из-за чего он не может ночью заснуть. Может быть, это естественно, что пациент испытывает чувство страха, так как за ним постоянно кто-то наблюдает, и именно поэтому он боится даже выйти из палаты. Важно представить себя на месте пациента, поняв не сам симптом, а мысли и психологическое состояние больного, подвергающегося воздействию этого симптома.

Когда слушатель, одновременно являющийся помогающим лицом, во время разговора исходит из субъективной точки зрения и думает «Лучше было бы поступить иначе», то это не означает понимание ситуации с позиции собеседника.

**3. Внимательное слушание** не означает просто слушать собеседника, а с усердием слушать его речь, осознавая то, что хочет сказать собеседник и в каком психологическом состоянии он находится. Для более глубокого понимания речи собеседника необходимо уловить каждый малейший знак, передаваемый через манеру общения, жесты, взгляд и выражение лица.

Желание выслушать собеседника, внутренне ощущая невербальную коммуникацию, естественным образом передается собеседнику и придает ему чувство спокойствия, что помогает пациенту выплеснуть свои эмоции и чувства наружу.

а) Подготовка удобной для общения среды (время и место).

Для подготовки соответствующих условий общения необходимо учитывать две составляющие: материальный фактор – время, место, расположение, комнатное освещение и т.д.; человеческий фактор – атмосфера и техника общения медсестры или отношения с пациентом и т.д.

*Время.* Сначала важно выбрать удобный для свободного общения временной промежуток и объяснить пациенту желание подробно в непринужденной обстановке выслушать его. Например, когда медсестра периодически смотрит на часы, дергает ногами или ее глаза бегают туда-сюда, показывая свой неспокойный вид, то это передается собеседнику, который смущается и старается сделать свою речь короче и иногда высказывается не до конца.

*Место.* Затем необходимо подобрать место. Есть случаи, когда лучше общаться наедине с пациентом, и ситуации, когда желательно общаться с пациентом в окружении множества людей. При выборе того или иного варианта следует учитывать характер пациента, симптомы болезни и его предпочтения. Даже общение наедине может происходить в разных условиях: либо в тихом помещении, либо на свежем воздухе во время прогулки. Иногда партнеры советуются и выбирают место, где они могут чувствовать себя расслабленными. Когда среди множества посторонних лиц ведется разговор о личной жизни пациента, то необходимо координировать беседу, соблюдая конфиденциальность разговора. К тому же, важное значение имеет и расположение говорящего и слушателя.

Обычно говорят, что беседа лицом к лицу усиливает чувство напряжения, а общение партнеров сидя за столом сбоку друг от друга помогает максимально расслабиться и следить за выражением лица собеседника. Однако, даже если в такой обстановке собеседник волнуется, то партнеры садятся рядом и смотрят в одну сторону, не глядя друг другу в лицо. В такой ситуации следует периодически смотреть на собеседника и наблюдать за выражением лица, следить за тоном и громкостью голоса, его манерой общения, что облегчает понимание.

б) Благоприятная для общения среда (присутствие медсестры).

Впечатления медсестры являются одним из значимых факторов, оказывающих сильное влияние на общение с говорящим. Например, даже если медсестра обращается к собеседнику вежливо, но пациенту показалось, что медсестра разговаривала в повышенном тоне со строгим выражением лица, и у нее был холодный взгляд, то это помешает пациенту полностью расслабиться. Кроме этого, нескончаемые вопросы, задаваемые медсестрой, также могут насторожить пациента.

### *Расположение собеседников*



#### в) Помощь пациенту в выражении воли.

Большинство душевнобольных живут и лечатся в условиях внешнего контроля, оставляя собственное право выбора и самоопределения на усмотрение врача, медсестры и других лиц. Обычно человеку задают вопрос, сначала он не может решиться, затем тщательно обдумывает, делает выбор и приходит к окончательному решению. У таких больных практически отсутствует опыт самостоятельного принятия решений, поэтому когда перед такими больными встает вопрос выбора, они приходят в растерянность, не понимая, чего на самом деле от него хотят. Таким пациентам важно выразить свою нерешительность и затруднение, а также почувствовать, что его жалобы были восприняты медсестрой. Другими словами, важен опыт реального ощущения того, что воля пациента была донесена до собеседника, и его желание было воспринято медсестрой. Когда пациент, хотя бы немного выражает свою волю, важно донести до него, что его слова услышаны медсестрами. Пациент, неоднократно испытывающий такого рода положительный опыт, постепенно

приобретает уверенность в себе, начиная самостоятельно делать выбор и выражать свою волю окружающим.

г) Нахождение рядом.

Часто студенты в записях по клинической практике пишут о ситуациях, где во время беседы с пациентом приходится молчать. В качестве примера можно привести следующие записи: «Я не знал, как ответить на слова пациента, и замолчал», «Мы оба замолчали, так как не знали, о чем еще говорить». «Меня напрягало это молчание, и я начал что-то говорить». Здесь студенты посредством своей разговорчивости пытаются разрешить стрессовую ситуацию, вызванную неловким молчанием. Студент, который во что бы то ни стало старается выйти из положения и концентрируется на эмоциях, наоборот боится молчания и начинает говорить на абсолютно другую тему. При общении с такими студентами некоторые пациенты не могут ничем возразить и попадают в безвыходное положение, а другие – внезапно встают и уходят. С другой стороны, студент может быть не доволен самим собой, что утомил пациента многочисленными вопросами. Обычно молчание никого не смущает, если время проводится весело в кругу семьи и близких друзей, но во время общения с пациентами оно сильно беспокоит участников беседы и не дает успокоиться.

Известный психиатр Накаи (1997 г.) сказал: «Медсестра, находящаяся рядом с молчаливым пациентом, с одной стороны, настраивается на его душевный ритм, а с другой – надеется на то, что пациент поймет ее желание подождать и выслушать. Когда нет иного способа, медсестра, находясь рядом с больным, является наверно единственной точкой соприкосновения пациента и общества». Когда только познакомились медсестра и пациент находятся рядом, то часто это вызывает стресс. Однако, чем ближе становятся связи, тем легче построить отношения, при которых присутствие партнера не приводит к стрессу. Например, даже если не происходит обмена словами, пациент, проводя время вместе с медсестрой, чувствует себя комфортно и заново обретает чувство спокойствия «Значит я могу вот так проводить время». Салливан (1962–1995) назвала такое состояние «приятным безразличием», а условия, в которых достигается чувство спокойствия «эмпатической средой». Если медсестра может анализировать, о чем думает пациент и в каком он психологическом состоянии, и при этом не доставлять ему дискомфорт и чувство напряжения своим присутствием, а также умеет психологически настроиться и терпеливо ждать, пока пациент сам скажет, то это вселяет в него спокойствие.

---

---

### **РАЗДЕЛ 3**

## **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ, НУЖДАЮЩИМИСЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, И ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

### **3.1. Психологическая помощь и сестринский уход за пациентами при различных заболеваниях**

#### **Роль сестринского ухода в амбулаторном лечении пациентов**

##### **1. Особенности психологии амбулаторных пациентов.**

Амбулаторные пациенты (посещающие поликлинику) испытывают страдания, вызванные симптомами, и беспокойство по поводу своей болезни. А пациенты, которые впервые обращаются за медицинской помощью, ощущают к тому же и страх от первого визита к врачу. На характер отношений между медицинской сестрой и больным оказывает влияние как специфика заболеваний, так и обстоятельства визита к врачу и личностные особенности пациентов.

##### **2. Особенности лечения.**

Осуществление деятельности по оздоровлению населения ложится на поликлиническое звено, где участковые медики должны владеть достаточно полными знаниями о семейно-бытовых условиях их подопечных. В ряде случаев не меньшую роль, чем назначение медикаментозных средств, должна играть семейная психотерапия, воздействие участковых медиков на семейно-психологический микроклимат.

Основная работа заключается в определении плана дальнейшего лечения на основе проведенных осмотров и обследований, обеспечении непрерывного лечения при поддержании нормальной жизни в общине, профилактике заболеваний, а также поддержании и укреплении здоровья.

##### **3. Роль медсестры в лечении и диагностике.**

Необходимо подготовить для больных удобные кресла и стулья, снять психологическое напряжение перед осмотром врача, создать обстановку покоя, внимания и эмоционально-этического воздействия.

Медицинская сестра до начала приема должна ознакомиться с историями болезни (при их получении из регистратуры) ожидающего приема контингента больных, просмотреть порядок их приема и после обсуждения с врачом внести исправления, чтобы избежать возможных осложнений и обеспечить четкость в работе. Она должна быстро ориентироваться в создавшейся в ходе приема обстановке и спокойно, по-деловому решать возникшие вопросы.

До приема врачом медсестра должна приветливо встретить пациента, расположить к дружеской беседе и ответить на интересующие его вопросы. Если произошла задержка в приеме, объяснить ее причину. Такое внимание создает благоприятную психологическую основу для последующей беседы с врачом, а у больного возникает убежденность, что он имеет дело с внимательными и добрыми специалистами.

В течение рабочего дня медицинской сестре приходится вступать в общение с большим числом больных. Очень важно за ограниченный промежуток времени добиться взаимопонимания, сформировать доверительные отношения и отвечать потребностям пациентов. Это требует не только хорошей профессиональной подготовки по своей специализации, но и определенных медико-психологических, психотерапевтических навыков и знаний деонтологии.

При посещении больного на дому в условиях общины медсестра по указанию врача производит различные процедуры и оказывает необходимую помощь. При этом она должна понять семейно-бытовую обстановку и семейно-психологический микроклимат.

В процессе восстановления трудоспособности больного большое значение имеет терпеливая и планомерная работа с ним участковых медицинских работников по укреплению его веры в себя и свои возможности, а также формированию правильного отношения окружающих к больному.

### **Психологическая помощь пациентам в терапии**

1. Особенности психологии лиц терапевтических стационаров.

1) Влияние длительного лечения.

В терапевтических отделениях находятся больные самого различного профиля: с заболеваниями ССС, ЖКТ, органов дыхания, почек и др. Нередко их болезненное состояние требует долгого лечения.

Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у больных комплекс различных психогенно-невротических реакций. Продолжительное лечение становится причиной нарушения физического и психического состояния вследствие адинамии, привычного жизненного ритма, а также приводит к позднему излечению основного заболевания.

## 2) Соматогенные и психогенные нарушения.

Больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Слабость, вялость, быстрая утомляемость, головная боль, нарушение ритма сна, страх за свое состояние, чрезмерная потливость, сердцебиение и другие соматические симптомы помимо основного заболевания обусловлены также ипохондрией, неврозом или психосоматическими нарушениями.

## 2. Особенности диагностики.

Психосоматические нарушения представляют собой патологическое состояние с выявлением органических или функциональных нарушений, когда на их развитие и течение в качестве соматического заболевания напрямую влияют психосоциальные факторы.

Больные с неврозами и ипохондрией обращают на себя внимание обилием различных жалоб: «грудь теснит», «резко учащается сердцебиение», «тяжесть в области желудка», «резь над лобком и частое мочеиспускание» и др.

Среди больных, страдающих неврозом, многие обращаются к различным специалистам, один за другим проходят тщательные клинические и лабораторные обследования (ЭКГ, фонокардиография, рентгенография и др.), что принято называть термином «doctor shopping».

## 3. Особенности оказания помощи при лечении.

На многочисленные жалобы пациента медсестра должна объяснить, что болезненные расстройства постепенно смягчатся или исчезнут при соответствующем лечении.

Следует помнить, что нередко больные с вторичными психотическими расстройствами соматогенного характера очень болезненно реагируют на предложение проконсультироваться у психиатра, а некоторые считают такое предложение оскорбительным. К многочисленным жалобам и просьбам больных нужно относиться терпимо, проявлять психотерапевтический подход, который является для них одним из важнейших методов лечебного воздействия. Свою психотерапевтическую тактику необходимо согласовать с лечащим врачом, выяснить, как

лучше отвечать на различные просьбы таких больных, какие лекарственные средства следует давать им и т.д.

4. Роль медсестры в лечении и диагностике.

1) Вторичные психотические расстройства.

Психотические расстройства на фоне различных соматических заболеваний (вторичные психотические расстройства) чаще обостряются в вечерние часы и требуют медицинской помощи. Если у медицинской сестры возникает подозрение о наличии таких расстройств у больного, она должна немедленно вызвать дежурного или лечащего врача и до его прихода установить за больным усиленное наблюдение.

С учетом тесной взаимосвязи психического и соматического как единого целостного состояния организма человека в механизме развития болезненных расстройств медсестра должна помнить, что разнообразные стрессовые ситуации и волнения могут обострить имеющиеся психические симптомы, а также стать причиной их повторного появления.

2) Профилактика ятрогении.

При обращении с больными медсестра должна знать, что у пациентов с истерической акцентуацией характера из-за потребности во внимании окружающих даже незначительные слова или действия могут спровоцировать к появлению симптомов.

### **Психологическая помощь пациентам в хирургии**

1. Особенности психологии больных хирургических стационаров.

1) Страх перед операцией.

Больные перед операцией испытывают различную тревогу в физическом, психологическом и социальном плане: они хотят получить исчерпывающие ответы на вопросы, связанные с характером заболевания, особенностями операции и обоснованностью выбора ее методов, опасностью для здоровья или трудоспособности и т.п.

2) Послеоперационные психические расстройства.

Перед операцией больной испытывает сильное беспокойство и страх по поводу связанных с операцией страданий, боли, последствий, а также сомневается в эффективности вмешательства и др. Особенно при проведении операции под общей анестезией тревога и страх могут еще больше усилиться, так как больной вынужден в бессознательном состоянии полностью полагаться на специалистов.

После операции больной находится в состоянии подключенной капельницы, аппарата ИВЛ, на нем проводятся хирургические процедуры и необходим контроль дренажа, все это приводит к потере чувства самостоятельного контроля своего состояния и может вызвать приступы паники и состояние делирия. Делирий чаще появляется у пожилых больных с органическими поражениями головного мозга. Нередко на 2–3 день после операции у больных отмечаются повышенная возбудимость, раздражительность, обидчивость, капризность. Длительный постельный режим становится причиной ухудшения психического состояния.

Нередко эти симптомы проявляются в форме вегетативных признаков: потливость, ускоренное сердцебиение, поносы, частые мочеиспускания, бессонница и др.

## 2) Особенности лечения и психологической помощи.

Обо всех случаях развития у больных психотических состояний медицинская сестра должна немедленно сообщить лечащему или дежурному врачу и принять необходимые меры по уходу за больным.

При наличии у больных психических заболеваний их целесообразно вести в психиатрическую больницу, если это санкционирует психиатр-консультант. Также при переводе пациента в другую больницу необходимо учитывать его психологическую нагрузку и оказать поддержку.

Различные клинические и лабораторные обследования (рентген, эндоскопия, бронхоскопия, УЗИ, биопсия и т.д.) усиливают страх и волнение у пациента, поэтому важно провести предварительное разъяснение и обеспечить нормальное прохождение обследований.

Особенно сложны взаимоотношения с больными, оперированными по поводу злокачественного новообразования. Они обеспокоены своей дальнейшей судьбой, задают вопросы, злокачественная ли у них опухоль, не было ли метастазов и т.д. В беседе с ними нужно быть очень осторожными. Следует объяснить, что операция прошла успешно, и им в дальнейшем ничего не грозит.

## 3. Роль медсестры в лечении и диагностике.

Перед операцией необходимо вместе с врачом провести беседу о содержании и ходе операции, послеоперационных изменениях, позаботиться о смягчении тревоги и позитивном настроении больного на дальнейший исход.

Часто тревожное состояние наблюдается у пациентов одной и той же палаты, поэтому при работе с больными следует учитывать их отношения с окружающими.

Непосредственно перед введением анестезии ответственная медсестра операционного зала должна представиться больному и помочь расслабиться. Желательно, чтобы заранее операционная медсестра посетила больного в его палате.

После операции зачастую основное внимание фокусируется на контроле за состоянием организма, но следует также внимательно выслушать пациента, понять его беспокойство и опасения по поводу послеоперационных изменений. Также необходимо обеспечить достаточный сон и принять меры по профилактике послеоперационных психических нарушений.

### **Психологическая помощь пациентам в педиатрии**

#### **1. Особенности детской психологии.**

У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко отмечаются различные страхи (страх темноты, одиночества, белых халатов, уколов и т.д.), невротические реакции (недержание мочи, кала и др.). Иногда свое пребывание в больнице дети расценивают как наказание за совершенный проступок, чувствуют себя обиженными и одинокими.

#### **2. Особенности оказания помощи при диагностике.**

Чрезвычайно сложные проблемы возникают перед врачом и медицинскими сестрами при наличии у детей тяжелых заболеваний с неблагоприятным прогнозом. Известие об этом вызывает у родителей тяжелое потрясение, отчаяние, нередко враждебные высказывания в адрес медицинских работников. В тех случаях, когда диагноз поставлен точно и приближается неизбежный летальный исход, важно понять тот психологический удар, который испытали родители больного ребенка, и вместе с ними подумать о том, как объяснить ребенку его диагноз.

#### **3. Особенности оказания помощи при лечении.**

У детей всегда возникает страх перед медицинской манипуляцией, особенно перед инъекцией. Необходимо подготовить ребенка к процедуре, как следует объяснить о предстоящей процедуре, подготовить и ободрить его. При этом психологическое воздействие на ребенка должно проводиться с учетом его индивидуально-личностных особенностей. Иногда положительно действуют слова, что он смелый и сильный и героически перенесет небольшую боль. Также рекомендуется проводить подкожные инъекции на глазах у детей, так как они хорошо переносят процедуры, проводимые под контролем их зрения.

#### 4. Роль медсестры в лечении и диагностике.

Особенно тяжело переживают госпитализацию дети до 5 лет. Поэтому медицинская сестра, работающая с детьми, должна постоянно проявлять заботу, окружить теплотой, вниманием и таким образом в какой-то степени компенсировать отсутствие родителей.

Необходимо создать психологическую среду в детском лечебном учреждении, которая позволит детям чувствовать себя как дома.

При оценке состояния здоровья детей необходимо учитывать специфику возрастного периода (грудной, дошкольный, школьный, подростковый, юношеский). С точки зрения психологии ухода за больным ребенком важно иметь представление, соответствует ли степень психического и физического развития его возрасту.

Большое значение имеет преодоление переживаний страха у ребенка. Необходимо в откровенной беседе выяснить их конкретную основу и попытаться рассеять убедительными доводами, что медицинская сестра и врач всегда рядом и своевременно придут на помощь.

Обычно родители больных детей выражают свою озабоченность, беспокойство и страх. Проявление чрезмерной тревоги может повлиять на психологическое и психическое состояние детей, поэтому важно правильно и своевременно информировать родителей о состоянии их ребенка и способствовать выполнению их родительских обязанностей.

Медицинские сестры, работающие с детьми, должны быть уравновешенными и сдержанными, ибо работник, допускающий грубость, эмоциональную несдержанность, нетактичность, больше принесет вреда, чем поможет больному ребенку.

### **Психологическая помощь пациентам в акушерстве и гинекологии**

1. Особенности психологии больных акушерско-гинекологических стационаров.

Совершенно естественно проявление стыдливости у женщин при гинекологическом обследовании, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением. Если женщину обследует врач-мужчина, то чувство психологического напряжения еще больше усиливается.

2. Проблемы женщин с гинекологическими заболеваниями: интимно-сексуальные, психологические, социальные и этические.

Необходимо с точки зрения социальной этики рассматривать психологические трудности женщины, обусловленные важными событиями жизненного цикла (вступление в брак, роды, воспитание ребенка и т.д.).

В некоторых странах фригидность является важной проблемой в гинекологии. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, неудовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супружеским отношениям, неправильная тактика мужа и т. д.

3. Психические изменения во время менструального периода (дисменорея и аменорея).

Стрессовые ситуации оказывают серьезное воздействие на гормональную, иммунную и вегетативную нервную системы, поэтому длительно существующие психогении (различные конфликты семейно-бытового характера), тяжелые психические травмы (связанные с землетрясением, эмоциональные переживания военного времени, потеря близких) вызывают дисменорею и аменорею.

Изменения в гормональной и вегетативной нервной системе приводят к изменениям и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настроения. У больных, страдающих психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается еще большее обострение основного заболевания.

4. Невротическая и психопатологическая симптоматика в период климакса.

Нередко естественное наступление климакса служит причиной психологических реакций: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни. Однако обострение невротической и другой психопатологической симптоматики в период климакса отмечается преимущественно у лиц, склонных к невротическим и психопатическим реакциям, а также у страдающих органическим поражением ЦНС при наличии психогенных факторов.

5. Особенности хирургического лечения.

Зачастую такие хирургические процедуры, как удаление матки или яичника приводят к бесплодию и гормональным изменениям, что в свою очередь вызывает изменения в психике женщины, влияет на супружеские отношения и другие аспекты ее жизни.

## 6. Роль медсестры в лечении и диагностике.

### 1) Роль медсестры во время диагностики.

Медсестра и акушерка должны понять жалобы пациентки с точки зрения критической ситуации в рамках жизненного цикла и использовать эти данные в диагностике и определении плана лечения.

Нередко медицинским сестрам женщины рассказывают то, чего не говорят врачу. Полученные при откровенной беседе данные играют важную роль.

### 2) Роль медсестры во время хирургического лечения.

Необходимо предварительно провести разъяснительную беседу (включая семью) о послеоперационных изменениях и оказывать поддержку для того, чтобы пациент не оставался один на один со своими проблемами и не ощущал себя одиноким.

В послеоперационный период особенно необходима постоянная психологическая поддержка женщины, так как заметны последствия гормональных изменений, вызванных удалением матки или яичника, а также ощущение потери женственности.

### 3) Роль медсестры в акушерстве.

#### а) Беременность.

Молодых женщин следует проинформировать о возможности выбора различных способов контрацепции, матерям-одиночкам предоставить информацию о системе государственной поддержки в воспитании детей, действующей в нашей стране (отпуск, пособие и другие льготы). Важная обязанность акушерки женской консультации или родильного дома заключается в том, чтобы как следует разъяснить о гарантиях, предложенных государством для обеспечения стабильной жизни после родов.

#### б) Роды.

Боль, сопровождающая процесс родов, по-разному воспринимается в разных странах. Однако она представляет собой ощущения, которые понятны только самому человеку, поэтому необходимо с уважением относиться к жалобам на боль. Часто метод релаксации позволяет снять чувство страха по отношению к родам и боли, что в конечном итоге смягчает физическую боль. Медсестре необходимо организовать индивидуальное или групповое обучение, демонстрацию видеоматериалов, гимнастические упражнения по нормализации дыхания или аутогенную тренировку.

**Побочные действия препаратов.** Психотропные препараты вызывают симптомы экстрапирамидной системы, вегетативной нервной системы и другие побочные действия. Дискинезия и нарушение глотания оказывает влияние на прием пищи и общение, продолжительный запор может привести к паралитической (функциональной) кишечной непроходимости. Также может наблюдаться сонливость в дневное время. Кроме этого, такого рода тяжелые мучения от побочного действия препаратов приводят к тому, что пациент отказывается от приема лекарств или не соблюдает режим, в результате чего происходят сбои в процессе лечения (необходимо проводить тщательную разъяснительную беседу с пациентом о предстоящей медикаментозной терапии и вместе с этим периодически выслушивать жалобы пациента о побочных действиях препаратов и оказать необходимую помощь). Также следует помнить о том, что есть вероятность наступления жара из-за злокачественного синдрома.

**Апатия, общая слабость.** Хотя и на первый взгляд пациент долгое время находится в постели, не проявляя интереса к окружающему, трудно определить связано ли это состояние с уже существующими симптомами болезни или это является побочным действием препаратов. Общая слабость является побочным действием, которую испытывают многие пациенты. Общая слабость и апатия в зависимости от степени тяжести влияет на повседневную жизненную активность пациента, вызывая страдание, поэтому необходимо прислушиваться к жалобам пациента, наблюдать за ним и анализировать его состояние.

**Снижение способности к восприятию реальности.** Способность восприятия реальности является функцией Эго. При снижении способности восприятия реальности, пациент может затрудняться правильно анализировать и адаптироваться к окружающей среде, избегать опасностей, могут возникнуть трудности в межличностных отношениях и в повседневной жизни. Необходимость сестринского вмешательства определяется наблюдением по нижеуказанным пунктам.

Чем труднее становится пациенту переносить галлюцинации, бред, депрессию, тревогу и другие симптомы, тем больше времени и энергии ему нужно для того, чтобы бороться с этими симптомами. Или сами симптомы становятся причиной нарушения повседневной жизни больного.

**Потребление воздуха, воды и пищи.** У больных могут наблюдаться различные нарушения – отказ от пищи из-за страха отравления, чрезмерное потребление жидкости, поводом для

которого стало начало медикаментозной терапии, приступ гипервентиляции вследствие чрезмерного страха и т.д.

**Физиологические отправления.** Вследствие побочного действия лекарственных препаратов возникает запор, анурия. Вздутие живота, вызванное запором, может породить бредовую мысль о беременности, что затрудняет работу медсестры. Кроме этого, пациенты, которые боятся прикосновений медсестры из-за нарушения Эго, отказываются от того, чтобы проводили наблюдение за симптомами области живота, что может препятствовать раннему выявлению признаков кишечной непроходимости.

**Активность и отдых.** При общей слабости и апатии, вызванными негативными симптомами шизофрении и депрессивным состоянием, пациент иногда теряет способность самостоятельно вести повседневную жизнь. Недостаточная активность может привести к нарушению сна.

**Одиночество и взаимодействие с окружающими.** Ухудшение способности воспринимать действительность ведет к тому, что у пациента возникает нарушение общения в плане межличностных отношений – в повседневной жизнедеятельности, в общении со знакомыми, при походе за покупками и т.д.

**Температура тела и личная гигиена.** Пациенты часто не следят за чистотой одежды, своим внешним видом и не могут носить одежду в соответствии с сезоном, поэтому это вызывает у окружающих недоумение.

**Безопасность.** Пациент в остром периоде может предпринять суицидальные попытки или думать о самоубийстве, совершать насильственные действия по отношению к окружающим, представляя собой угрозу как для собственной безопасности, так и безопасности окружающих. Также в повседневной жизни не безопасно обращение больных с огнем.

### **3.3. Развитие и этапы человеческих взаимоотношений по Пеплоу.**

#### **Теория психологического ухода: Хильдегард Е. Пеплоу «Теория сестринского ухода, охватывающего межличностные отношения»**

Хильдегард Е. Пеплоу («Человек и его особенности») родилась 1 сентября 1909 года в штате Пенсильвания (США). В Колумбийском Университете она получила степень магистра по сестринскому уходу и степень доктора по педагогике. Во время работы в психиатрическом отделении общалась с Фрейдом,

Фроммом, Ричманом и Гарри Салливаном. Во время Второй мировой войны она как член команды медсестер, приписанной к армии, работала в психиатрической клинике. В основе своей теории Пеплоу использовала знания, почерпнутые из таких областей, как наука о поведении и психология.

### **1. Понятие психодинамического сестринского ухода.**

Для того чтобы сформировать и развивать отношения «пациент – медсестра», медсестра воздействует на пациента, используя различные средства. Для того чтобы передать эту мысль, в качестве средств коммуникации, помимо речи, используются обтирание тела, мытье волос, помощь в принятии пищи и т.п. Происходит замещение травматического опыта, полученного в детстве, «материнской добротой».

В сестринском уходе содержатся общие цели, охватывающие взаимоотношение двух или более человек с общими задачами. Другими словами, процесс взаимодействия (уход) – это еще и процесс непрерывных и целенаправленных межличностных отношений.

Эти общие цели становятся движущей силой для развития лечебного процесса. А посредством взаимодействия между пациентом и медсестрой в рамках этого лечебного процесса медсестра и пациент начинают уважать друг друга как личности, изучая и развиваясь вместе.

Сестринский уход оказывает образовательное и лечебное действие. Он также является созидательным видом деятельности, который помогает реализовать способности, способствующие развитию. Пациент начинает глубже понимать себя и окружающих, а медсестра повышает индивидуальный рост и профессионализм.

Необходимо понять, какое значение имеет для пациента этот опыт. Нужно рассматривать в отдельности потребности медсестры и пациента, оказывать помощь в улучшении состояния пациента, все время ориентируясь на его потребности, интерес и деятельность по изучению.

### **Этапы лечебных межличностных отношений**

Сестринский уход представляет собой как процесс человеческих отношений, так и лечебный процесс. Когда пациент и медсестра встречаются, то это – незнакомые друг другу люди, но в процессе взаимодействия их отношения меняются.

#### **1. Этап определения нужного направления.**

Отношения между пациентом и медсестрой начинаются, когда они знакомятся. В случае, когда пациент не осознает

своих потребностей, необходимо оказывать уход, позволяющий выявить эти потребности.

Если пациент может осознавать свои потребности, то он может выражать их и просить помощи. Например, «Почему-то нервничаю», «Почему-то не могу уснуть» и т.п.

## **2. Этап идентификации.**

Пациент ищет (сознательно или неосознанно) человека, который мог бы удовлетворить его потребности и старается построить межличностные отношения с медсестрой.

Когда его потребности удовлетворены, пациент испытывает чувство защищенности, и через уход, убеждается в связи, которая существует между ним и медсестрой.

## **3. Этап освоения.**

Пациент, у которого имеется опыт общения с одной медсестрой, удовлетворившей его потребности, начинает просить и других людей о помощи.

Больной, который смог установить положительный межличностный контакт с медсестрой, на основе этого опыта захочет общаться и с другими людьми, захочет использовать необходимое количество людей для того, чтобы удовлетворить свои потребности.

Пациент начинает ставить реальные цели и думать о смысле жизни.

В процессе движения к выздоровлению он, чувствуя беспокойство, осознает свои сильные и слабые стороны и, когда необходимо, просит медсестру о помощи.

## **4. Этап решения проблем.**

а) Пациент, который решил свою проблему при поддержке медсестер и других людей, отдаляется от медсестер, от которых он зависел, и становится самостоятельным.

### **3.4. Роль медсестры психиатрического профиля**

#### **1. Возрождение доверия к людям.**

а) Восстановление самооценки – «Испытание уважительного отношения к себе».

– Самооценка (представление о самом себе), пониженная в результате получения душевных травм, восстанавливается благодаря уважительному отношению окружающих по отношению к себе.

• Человек, испытывая уважительное отношение со стороны окружающих (медсестры), способен также относиться бережно

к себе. Посредством взаимодействия с медсестрой человек еще раз осознает, что достоин быть любимым.

- Доверие к матери, кормящей ребенка и утешающей его голод, является начальной точкой становления человеческих отношений.

- Знакомство с человеком, проявляющим наибольший интерес к объекту и окружающим его теплом и заботой.

- Встреча с медсестрой – это первый шаг на пути «возрождения доверия к человеку».

б) Поддерживающее отношение.

- Всегда стараться поддерживать и осуществлять взаимный обмен с пациентом (Одиночество – это самая тяжелая мука).

- Верить в себя, которого любят, и доверять тем, кто заботится о тебе (медсестра).

- Не только наблюдать за наличием симптомов, но и понять, что скрыто за жалобами и действиями пациента.

**2. Помощь в самоуходе:** помощь в повседневной жизни.

- Проводить наблюдение и оценку самоухода на основе теории Орем.

- Наблюдать за степенью самостоятельности пациента в повседневной жизнедеятельности. Наблюдать и оказывать помощь в самоуходе.

Например: Вместе с оказанием помощи в самоуходе также важно проследить, действительно ли пациент оправился от посттравматического стрессового расстройства.

**3. Полное восстановление в правах.**

Права, которыми должен обладать каждый. Вернуть права, утраченные вследствие психического расстройства. Если пациент пересмотрел взгляды на собственную ценность и способен к правильной самооценке, то он сам может определить, что ему нужно. Сюда относятся следующие пожелания пациентов: выбор места жительства, работы и т.д. У пациентов в тяжелом состоянии это выражается в потребности принять ванну, покушать, продолжать жизнь и т.д.

Помощь в самовыборе и самоопределении.

1) Пациент сам принимает решение, осуществляет его и несет за это ответственность.

2) Медсестра обеспечивает пациенту такие условия, где он мог бы принять самостоятельные решения.

Находясь возле пациента, задавать вопросы, на которые легко ответить, и общаться с пациентами, которые сомневаются. Из альтернатив, предложенных пациентом (например, желание сходить за покупками, пойти погулять и т.д.), попро-

сидеть пациента подумать и сделать выбор, что он хочет сделать больше всего. Медсестра помогает пациенту при принятии им самостоятельного решения. Для этого, даже когда пациент сомневается, надо терпеливо ждать того момента, когда пациент сам ответит.

#### **4. Предоставление лечебной среды.**

Среда, где происходит взаимный обмен: обязательное наличие двусторонней коммуникации.

Среда, в которой пациент испытывает чувство спокойствия: обволакивающая среда (среда, в которой нет угрозы).

- Научные меры удерживания: усмирение при помощи лекарств.

- Физические меры удерживания: смирительные одежды, удерживание конечностей и т.д.

- Психологические меры удерживания: если пациент кричит, то увеличить дозу лекарства или закрыть в изоляторе и т.д.

«Принятие в объятия» – это базовая составляющая благоприятной среды, в которой человек чувствует максимальное спокойствие. Младенец, находящийся в объятиях матери, полностью зависит от нее и чувствует себя в безопасности. Ребенок не может говорить, но движениями тела показывает матери свое недовольство и жалобы. Мать замечает эти движения, говорит ему что-то, берет в свои объятия и успокаивает. Между этим ребенком и матерью отсутствует словесное общение, но формируется взаимное общение посредством контакта кожи к коже. Взаимный обмен, который происходит на данном этапе, играет очень важную роль и становится базой для становления вербальной коммуникации. Также и для пациента важен опыт, позволяющий ему убедиться в том, что поданный им малейший знак не остался без внимания и действительно был воспринят медсестрой. Такая среда придает пациенту чувство спокойствия.

Лечебная среда не ограничивается лишь наличием или отсутствием замков на дверях, а также оснащенностью помещения. Сюда также относится и человеческое окружение.

#### **5. Профилактика рецидивов, периодические обследования.**

Побочные действия препаратов причиняют сильные страдания, из-за которых пациент перестает принимать лекарства. Иногда пациенты не осознают, что мучительные симптомы являются следствием побочного эффекта препарата.

Пациент учится и начинает понимать, что раздражительность и плохой сон являются признаками ухудшения его состояния и что при ухудшении самочувствия следует немедленно сообщить об этом.

### **3.5. Методы оказания помощи психически больным**

#### **1. Помощь в повседневной жизнедеятельности.**

Важно позаботиться о том, чтобы пациент ощутил «материнскую заботу»:

- помощь в принятии ванны: обволакивающее тепло;
- мытье волос: уход за волосами;
- мытье ног: ощущение заботы.

**В каждом виде повседневного ухода содержится символический смысл.** Ребенок после рождения не может обходиться без посторонней помощи, и поэтому ему ничего не остается, как во всем довериться своей матери. Мать, держа в объятиях этого беспомощного ребенка, убаюкивает его, удовлетворяет его голод, кормя его грудным молоком, проявляет заботу о нем. С другой стороны, ребенок, получая горячую заботу матери, одновременно с этим получает глубокую любовь и приятное чувство удовлетворения. Таким образом, если ребенок удовлетворен, то это становится и удовлетворением матери. Чувство пребывания в безопасности, которое переживает через материнскую заботу, Швинг (Schwing. G. 1940/1966) называет «материнской лаской». Однако есть такая группа людей, которые не испытали этого в детском возрасте, и до сих пор не могут переживать чувство удовлетворения и чувство успокоенности. Швинг говорит, что такие люди являются людьми с психическими расстройствами. Ролью сестринского ухода является предоставление этой запоздавшей материнской ласки. Сеше (Sechehaeye, MA. 1954/1974), используя образ матери, охватывающий чувства теплоты и спокойствия, удовлетворила потребности таких людей и смогла сделать так, чтобы они ощутили материнскую ласку. Если медсестра посредством ухода сможет передать пациенту чувство тепла, спокойствия и т.п., которые содержатся в символическом образе матери, то это будет иметь психотерапевтическое значение.

При предоставлении ухода в реальных клинических условиях во многих случаях медсестры, не осознавая этого, общаются с пациентами символично. Например, когда мы оказываем пациенту помощь в принятии ванны или мытье во-

лос, пациент испытывает спокойствие благодаря теплой воде, и кроме этого доверяется этому приятному ощущению. Именно это переживание и называется испытанием «материнской ласки».

Предоставление физического ухода – это установление контакта путем воздействия на организм пациента. Каким бы сильным ни было состояние изолированности у пациента, который перестал разговаривать и который считает, что нет эффективной терапии, он примет уход, оказываемый медсестрой. Поэтому считается, что нет таких пациентов, к которым нельзя было бы найти подход через хороший уход.

**Возвращение самоуважения и доверия к другим людям.** Медсестра должна уметь применять различные методы подхода к больным, с которыми сложно наладить контакт, так как они замкнулись в своем мире и не проявляют интереса к окружающему. Это люди, которые были отвергнуты и преданы своими любимыми. Они воспринимают себя как людей, которых обижают и обманывают окружающие. Именно поэтому для пациента большое значение имеют совместные прогулки на солнышке, а иногда даже простое молчаливое нахождение рядом с ними.

**Мытье ног.** Ноги являются самой грязной частью тела, и поэтому когда ноги нам моет другой человек – это один из тех случаев, когда мы испытываем неловкость. Однако бережное отношение медсестры к этой процедуре ассоциируется у пациентов не только с обычной заботой о ногах, они также видят в этом отношении к себе. Одна пожилая пациентка извиняющимся тоном сказала молодой медсестре, когда та помогала ей помыть ноги: «Ни дочка, ни внуки никогда не делали мне этого!». Как видно из этих слов, благодаря бережному отношению и заботе, пациенты заново пересматривают события своего прошлого, когда они были отвергнуты, преданы и лишены внимания. Это становится поводом для возрождения чувства доверия к окружающим людям.

**Мытье волос.** В детстве нас часто гладили по голове взрослые, а дети, когда их гладят по голове, через теплоту рук матери или других взрослых людей и через сам процесс поглаживания, ощущают подтверждение любви, направленной на них. Среди людей, имеющих физические и психические болезни и живущих жизнью, полной стрессов и внутренних конфликтов, все время борющихся с болезнью, есть много таких, которые ощущают недостаток человеческих связей. Однако, когда им оказывают помощь при мытье волос, они вспоминают любовь,

которая была направлена на них в детстве, когда их гладили по голове. Тем самым, они чувствуют связь с теми людьми, которые заботятся о них.

Поводом, для того чтобы начать доверять другим людям, служит небольшой опыт в повседневной жизни. Чтобы вернуть самоуважение больному, во многих случаях зависит от медсестры, с которой общается пациент. Если медсестра через оказание сестринского ухода смогла сделать так, что психически больной человек почувствовал «материнскую ласку», в которой он длительное время нуждался, то здесь широко проявляется психотерапевтическое значение сестринской помощи. Как музыкотерапию называют психотерапией с использованием музыки, так и физический уход можно назвать психотерапией, воздействующей на организм.

**2. Уважение религиозных чувств.** В стационаре могут быть организованы «уголки» для совершения религиозных обрядов для мусульман, для христиан. По желанию больного, в больницу могут быть приглашены служители церкви или мечети. Служители церкви (волонтеры) на добровольной основе оказывают материальную помощь психически больным и духовную помощь в виде групповой и индивидуальной бесед.

### **3. Работа в группах: виды и значение.**

- Клубная деятельность – как часть процесса лечения.
- Хоровое пение.
- Различные виды трудотерапии: садоводство, уход за домашними животными, работа в поле, керамика, рисование и т.д.

### **4. Развлечения – устранение натянутости в межличностных отношениях.**

- Мероприятия: дни рождения, игры, покупки.
- Прогулки.
- Пребывание на солнце.

#### **Клубная деятельность и развлечения дает:**

– Осознание собственной полезности (чувство того, что и ты сам полезен другим людям), пересмотр собственных ценностей (корректирование самооценки).

- Легкость в самовыражении.
- Прививание чувства социальной принадлежности (внешний вид).
- Ослабление натянутости в межличностных отношениях.
- Прививание самоконтроля.
- Изучение того, как надо реагировать на проблему.

### 3.6. Помощь в жизни и сестринский процесс. Теория самоухода по Орем

#### Понятие о самоуходе

Самоуход – практическое действие, которое активно выполняет человек для своего существования, здоровья, благополучия.

Со времен Флоренса Найтингейл обсуждались такие вопросы, как «в чем заключается сестринское дело», «какое значение имеет сестринский уход для здоровья и жизни человека». Среди таких обсуждений появилось мнение, что «Человек по существу должен сохранять свое здоровье своими силами», то есть самоуход, который включает добровольные усилия индивидуума касательно поддержания и улучшения своего здоровья, профилактики заболеваний.

Самоуход – это:

– личный уход, который необходим человеку в повседневной жизни для самостоятельной координации своих функций и процесса развития;

– различная практическая деятельность, инициируемая и осуществляемая индивидуумом, которая направлена на поддержание жизнеспособности, здоровья и благополучия.

Значение изучения теории самоухода в психологическом уходе:

– Внимание фокусируется на повседневной жизни пациента;

– Четко определена роль сестринского ухода.

**Дороти Орем (США)** – в 1930-е гг. окончила школу медсестер. В 1939 г. окончила Университет медсестринского дела, в 1945 г. получила степень магистра медсестринских наук, в 1976 г. получила звание почетного доктора.

#### Связь самоухода и здоровья.

1. В действительности каждый человек имеет силы и способность поддерживать свое здоровье.

2. Самоуход в плане повседневной жизнедеятельности представляется собой «практическую деятельность, осуществляемую каждым индивидуумом для поддержания собственной жизни, здоровья и благополучия». Эта деятельность целенаправленная и активная.

3. Лица с психическими расстройствами испытывают трудности в повседневной жизнедеятельности, подвергаясь воздействию галлюцинаций, бреда и других болезненных ощущений.

### **Наблюдение за уровнем самоухода.**

«Потребности в универсальном самоуходе» по теории Орем–Андервуд.

Андервуд объединила в 6 пунктов потребности в универсальном самоуходе применительно к душевнобольным:

1. Воздух, вода, пища.
2. Физиологические отправления.
3. Температура и личная гигиена.
4. Активность и отдых.
5. Контроль одиночества.
6. Обеспечение безопасности.

Наблюдение по пунктам универсального самоухода можно распределить на 5 уровней:

1. Всесторонняя помощь: уровень I.
2. Частичная помощь: уровень II.
3. Устное руководство и направление: уровень III.
4. Обучение и поддержка: уровень IV.
5. Самостоятельность: уровень V.

#### **Воздействие сестринского ухода.**

1) Оценка: наблюдать и оценивать, в чем конкретно объект (пациент) не может осуществлять самоуход и чем в данном случае должна помочь медсестра.

2) Осуществление ухода: действуя согласно нижеизложенным этапам, помогать пациенту в восполнении нехватки самоухода, чтобы в конечном итоге он научился все выполнять самостоятельно.

3) Функция медсестры, восполняющей нехватку самоухода: помогать пациенту в достижении самостоятельности, действуя согласно нижеперечисленным этапам.

Способы оказания помощи:

- Действовать вместо другого человека.
- Руководить и направлять.
- Оказывать физическую и психологическую поддержку.
- Предоставлять и поддерживать условия, способствующие развитию личности.
- Обучать.

### **Наблюдение за формой общения с окружающими (клубная деятельность, развлечения)**

Проводить наблюдение в местах проведения психиатрического лечения и оценить по 4 уровням:

1. Сам проявляет желание участвовать.
2. Участвует, если напомнить.

3. Участвует, когда есть настроение.

4. Не участвует.

Оценить взаимный обмен, происходящий между ним и другими больными, медицинскими работниками и членами семьи, а также определить психические симптомы, эмоции и желание пациента исходя из его выражения лица, характера общения и содержания слов.

### **3.7. Сестринский процесс и особенности ухода за психически больными**

Между медицинской сестрой и больным должны быть установлены отношения доверия.

В соответствии с пятью этапами сестринского процесса, медицинская сестра имеет схему для принятия решений и разрешения проблем при оказании сестринской помощи. Сестринский диагноз необходим для деятельности медицинской сестры.

#### **1. Сбор информации.**

При проведении анализа необходимо собрать следующие данные:

а) Нынешний уровень самоухода.

б) Нынешние психические симптомы и процесс болезни (с учетом биографии, семейного анамнеза и других социальных аспектов).

в) Наивысший уровень самоухода в прошлом.

г) Социальная поддержка.

На основе этих данных необходимо определить то, какие проблемы ухода есть на данный момент, какими способностями к самоуходу обладает объект, какого состояния хочет добиться, где и какая помощь ему требуется.

#### **2. Составление плана ухода.**

Выявить проблемы ухода и обозначить краткосрочные и долгосрочные задачи. Фокусируя внимание на самоуходе больного, составить план конкретных действий, удобный для выполнения самим пациентом и позволяющий выполнить поставленные задачи. При этом важно обсудить, какого уровня хотят достичь пациент и его семья и каков был наивысший уровень самоухода в прошлом.

#### **3. Реализация.**

а) Направленность помощи.

– Помощь оказывается в рамках процесса взаимодействия медсестры и пациента.

– Сестринский процесс и взаимоотношения «медсестра – пациент» служат «колесами автомобиля». Для оказания соответствующей помощи необходимо подбирать правильные методы с учетом развития отношений (невозможно проводить помощь, направленную на обретение пациентом самостоятельности, не построив при этом доверительных отношений).

– Важно, чтобы все медсестры, работающие с больным, поняли план ухода и предоставляли согласованную и последовательную помощь.

б) Методы оказания помощи.

– Заменять пациента и предоставлять конкретный уход.

Те действия, которые пациент выполнить не в состоянии, сделать за него. Проводить влажное обтирание и мытье ног пациентов с постельным режимом. Пациенты с гемиплегией самостоятельно осуществляют те действия, которые могут, медсестра помогает или делает сама, что не по силам больному (например, застегивание пуговиц).

– Давать направление (подсказывать) в тех случаях, когда пациент затрудняется в выборе и принятии решения.

Если пациент не может решиться, в каком виде клубной деятельности участвовать, то необходимо подумать вместе с ним и помочь сделать выбор.

– Оказывать поддержку. Поддерживать мнение пациента и его семьи.

– Создать лечебную среду, успокаивающую среду и атмосферу двустороннего общения, предоставив больному возможность найти свои сильные стороны и получить новые знания.

– Инструктировать (обучать). Проводить инструктаж, направленный на предупреждение рецидивов.

#### **4. Оценка.**

– Ответная реакция пациента на оказанный уход, целесообразность использованных методов, корректировки.

Результат реализации плана. Оценить то, какой результат был получен:

– Какие конкретные действия были эффективными и почему?

– Какие конкретные действия не принесли должного результата и почему?

– Правильно ли были обозначены задачи?

– Правильным ли было содержание плана или где-то были недостатки?

На основе этой оценки провести коррекцию краткосрочных и долгосрочных задач и применять это в дальнейшем.

В острый период в соответствии с изменением симптомов возникает необходимость в частом пересмотре плана. В период восстановления и хронический период важно не упустить даже незначительные изменения и стимулировать самостоятельный выбор пациента в повседневных вопросах.

### **3.8. Сестринские диагнозы при психических заболеваниях**

1. Возбуждение вследствие:  
депрессии,  
маниакального состояния,  
бреда,  
галлюцинаций.
2. Страх вследствие:  
бреда,  
галлюцинаций.
3. Неспособность принять решение вследствие:  
гипобулии,  
абулии.
4. Болезненные влечения при парабулии.
5. Дефицит самоухода вследствие:  
тяжелой депрессии,  
гипобулии,  
абулии,  
деменции,  
ступора.
6. Замкнутость.
7. Повышенная общительность.
8. Неправильное восприятие окружающего вследствие.  
галлюцинаций,  
бредовых идей.
9. Отказ от еды вследствие:  
депрессии,  
обонятельных галлюцинаций,  
вкусовых галлюцинаций.
10. Запоры вследствие депрессии.
11. Нарушение сна вследствие:  
астении,  
депрессии,  
маниакального состояния.
12. Нарушение сознания вследствие:  
оглушения,

- делирия,  
амениции,  
онейроида.
13. Нарушение восприятия окружающего вследствие:  
делирия,  
онейроида,  
амениции,  
сумеречного нарушения сознания.
14. Дисфория вследствие:  
абстиненции при наркомании,  
абстиненции при алкоголизме,  
эпилепсии.
15. Повышенная чувствительность к раздражителям вследствие астении.
16. Повышенная раздражительность вследствие астении.
17. Снижение работоспособности при:  
астении,  
депрессии,  
маниакальном состоянии.
18. Конфликтность вследствие:  
астении,  
дисфории.
19. Отсутствие двигательной активности вследствие ступора.
20. Посттравматическая реакция.
21. Стрессовый синдром.

### 3.9. Шизофрения (Болезнь Блейлера)

Шизофрения (в переводе с греч. «расщепление рассудка») – процессуальное психическое заболевание эндогенной природы, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к своеобразным изменениям личности. Заболевание впервые было описано Крепелином в 1898 г. под названием «Раннее слабоумие». Крепелин считал, что оно начинается в молодом возрасте и приводит к слабоумию. Позднее выяснилось, что заболевание не всегда начинается в молодом возрасте, исход в слабоумие не является обязательным.

Большой вклад в изучение этого заболевания внес Е. Блейлер, который изменил название заболевания. Новым названием «шизофрения» Е. Блейлер стремился подчеркнуть, что в

основе заболевания лежит нарушение ассоциативного процесса и вытекающее отсюда расщепление психики.

Заболевание начинается в возрасте 14–35 лет. Этиология и патогенез недостаточно изучены. Наиболее признанной является наследственная теория шизофрении. Также при шизофрении происходят изменения в углеводном, белковом обменах и в обмене липопротеидов. Иногда началу заболевания предшествуют внешние вредности: родовые травмы, инфекции, психогении.

Заболевание отличается полиморфизмом клинической картины и течения заболевания.

#### **Типы течения шизофрении:**

– непрерывный – заболевание прогрессирует медленно или быстро, ремиссий не отмечается;

– эпизодический с нарастающим или стабильным дефектом – заболевание протекает в виде длительных, затяжных приступов (до 9 месяцев), ремиссии короткие (3–4 месяца);

– эпизодический ремитирующий (рекуррентный) – заболевание протекает в виде коротких приступов (3–4 месяца), ремиссии длительные (от 1 до 10 лет).

Началу заболевания предшествует целый ряд продромальных симптомов. К этим симптомам относятся утрата интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой, легкой степенью депрессии.

Из-за трудности установления времени начала заболевания критерием считается наличие психотических расстройств в течение 1 месяца.

### **Формы шизофрении**

**Параноидная форма** начинается в возрасте 25 лет. Это наиболее часто встречающаяся форма шизофрении. Клиническая картина характеризуется галлюцинаторно-параноидным синдромом, синдромом Кандинского-Клерамбо, парафренным синдромом. Вначале отмечается тенденция к систематизации бреда, в дальнейшем он становится фрагментарным, нелепым, фантастическим. Отмечается эмоциональная неадекватность и расстройства настроения, постепенно нарастают эмоционально-волевые расстройства, формируется апато-абулический дефект. Течение – эпизодическое или непрерывное.

**Гебефренная форма** начинается в возрасте 15–25 лет, имеет плохой прогноз из-за быстрого развития эмоционально-

## Лечение шизофрении

Для лечения шизофрении применяют психотропные средства и шоковые методы (инсулинотерапия, электрошоки). Среди психотропных средств, используемых при лечении шизофрении, наиболее широко применяются препараты из группы нейролептиков. Выбор нужного медикамента зависит от особенностей психопатологического синдрома, обычно начинают с назначения малых доз нейролептиков, постепенно увеличивая ее до получения оптимального эффекта. При наступлении ремиссии доза препарата снижается до уровня, обеспечивающего поддержание ремиссии. Такая поддерживающая терапия назначается на длительное время в амбулаторных условиях. Применяют следующие нейролептики: аминазин, тизерцин, галоперидол, трифтазин, флюанксол, клопиксол, рисполепт и другие.

Нейролептики вызывают разнообразные побочные действия и осложнения. Среди них наиболее часто встречаются следующие:

- 1) аллергические реакции;
- 2) снижение артериального давления с возможностью внезапного наступления коллапса. Для профилактики этого осложнения, особенно в начале курса лечения, необходимо следить за состоянием сердечно-сосудистой системы и артериального давления;
- 3) синдром Паркинсона, проявляющийся скованностью движений, тремором, сухостью кожных покровов, смазанностью речи. При проявлении этих расстройств назначают антипаркинсонические препараты, из которых наиболее действенным является циклодол;
- 4) гиперкинезы и судороги в отдельных группах мышц, чаще всего лица и верхних конечностей. При их возникновении временно отменяется нейролептик или снижается доза, больным вводятся растворы глюкозы, седуксена, витамины С и В, кофеин, димедрол.

## Сестринский уход

1. Выработать подход, направленный на понимание объекта.

**Сестринский уход в острый период:**

- а) Наблюдение за симптомами:
  - психические симптомы (положительные симптомы);
  - отклонения в поведении (громкий голос, злость);

– соматические симптомы (получение ран, побочное действие препарата);

б) Предупреждение опасности:

– устранение опасных предметов;  
– психическое состояние (особенно наблюдение за депрессией);

в) Создание условий для отдыха:

– покой и условия для поддержания человеческого общения;  
– устранение раздражающих факторов: шум, свет, цветовая гамма;

г) Помощь в повседневной жизнедеятельности:

– в поддержании активности повседневной жизни (в зависимости от степени самостоятельности – обтирание тела, мытье волос, прием пищи, бритье, одежда);

– подготовка условий (подготовка необходимого инвентаря);

– свидания с семьей и обмен информацией с медсестрой;

д) Контроль за приемом лекарств:

– проверить, принимает ли пациент назначенные лекарства;

е) Помощь в самоопределении:

– даже при наличии психических симптомов уважать право пациента на самостоятельное принятие решений;

– даже если пациент не отвечает, то судить по выражению лица и жестам;

– подготовить удобные для ответа вопросы (открытые и закрытые вопросы);

– обменяться информацией с семьей и определить его потребности исходя из жизненных привычек. Например: «Хотите что-нибудь поесть?», «Чем вы хотите заняться сейчас?»

### **Сестринский уход в хронический период**

а) Наблюдение за симптомами:

– психические симптомы (отрицательные симптомы – депрессия как отрицательный симптом или действие препарата);

– соматические симптомы (побочные действия препаратов);

б) Помощь в повседневной жизнедеятельности:

– наблюдение за степенью самостоятельности, активности в повседневной жизни;

– наблюдение и анализ того, как симптомы влияют на повседневную жизнедеятельность и какие действия пациент не может выполнять;

– определение того, что пациент не может сделать самостоятельно, и оказание ему помощи;

- в) Межличностные взаимоотношения:
  - аспекты межличностных отношений (семья, другие пациенты, медсестры, сам вступает в отношения или нет);
  - изменения в выражении лица и выражение жалоб;
- г) Участие в клубной деятельности и развлекательных мероприятиях:
  - способствовать участию в трудотерапии;
  - наблюдение: добровольно ли участвует, участвует, когда зовут, участвует при желании, отказывается участвовать;
  - поведение при участии, обмен с окружающими, чувство усталости, уход раньше времени;
- е) Самоконтроль:
  - деньги, лекарства, одежда;
  - распорядок дня;
  - может ли объяснить окружающим свою просьбу;
- ж) Помощь в социальной реабилитации:
  - покупки (сам определяет, что ему нужно, говорит об этом семье или медсестре, самостоятельно выбирает вещи во время покупки);
  - посещение учреждений в общине;
  - ночлег вне больницы (собрать данные по состоянию пациента в этот период);
  - наблюдение за взаимоотношениями с семьей;
  - инструктаж пациента при выписке (оценка активности повседневной жизни, проверка субъективных симптомов, осознание пациентом необходимости медикаментозного лечения);
  - инструктаж семьи при выписке больного (посещение кабинета семейного психолога);
- з) Помощь в самоопределении:
  - способствовать самостоятельному выбору. (Предложить несколько вариантов на выбор, быть рядом с пациентом при его нерешительности. Если он не может ответить, то следует конкретизировать суть вопроса);
  - оказать помощь пациенту в реализации собственного выбора.

### **3.10. Расстройства настроения**

Настроение – это пролонгированное эмоциональное состояние, которое влияет на личность человека и жизненное функционирование. Оно имеет отношение к преобладающей эмо-

ции и является синонимом терминов «чувство» и «эмоция» – (Стюарт и Ларая, 2001).

Заболевания, связанные с расстройством настроения, сопровождаются значительным снижением или полной потерей контроля над настроением, последствием чего является нарушение межличностного, социального или профессионального функционирования.

Основные нарушения при аффективных расстройствах выражаются в виде изменения настроения или эмоций, при которых более одного раза повторяются маниакальные или депрессивные эпизоды.

Причины и способствующие факторы:

– Маниакально-депрессивный психоз был определен как эндогенный психоз. Выявлена также связь с наследственной предрасположенностью.

– В развитии заболевания важную роль играет чрезмерно тяжелая психосоциальная (жизненные события) и физическая нагрузка, а также особенности личности больного до болезни (пессимистически настроенный человек).

– Среди жизненных событий особо выделяют связь заболевания с травматическим опытом и опытом потери.

– Также сильное влияние оказывает смена обстоятельств – переезд на новое место жительства, потеря работы, переход на другую работу, продвижение по службе, материальные проблемы и т.д.

– В любом случае, важную роль играет то, какое значение имеет это событие для данного человека.

**Депрессия** – состояние, характеризующееся значительно сниженным настроением и потерей интереса к различным видам активной деятельности, от которой обычно человек получал удовольствие.

**Факторы риска для развития депрессии.** Эпизоды депрессии в анамнезе, семейный анамнез, суицидальные попытки в анамнезе, женский пол, период после родов, сопутствующее заболевание, недостаток социальной поддержки, стрессовые жизненные ситуации, сексуальное насилие, злоупотребление алкоголем или наркотиками.

**Показателями депрессии являются:**

– Сниженное настроение большую часть дня, практически каждый день, дольше, чем две недели. Медсестра может распознать сниженное настроение по выражению печали, угрюмости, плачу или других выражений несчастья.

– Изменения в поведении, которые могут включать социальное и эмоциональное устранение, снижение эффективности в работе, творческий застой.

– Когнитивные изменения. Могут наблюдаться в виде негативного восприятия человеком событий или происходящего, повторными негативными мыслями, трудностью сконцентрироваться, самоосуждающими заявлениями, мыслями о смерти или самоубийстве.

– Чувства, сопровождающие депрессию. Человек может использовать неадекватную вину, чувство никчемности, безнадежность и ограничение испытывания удовольствия.

– Изменения в общении. Могут проявляться в замедлении речи, уходе в себя и короткими высказываниями.

– Другими проявлениями депрессии являются бессонница, утомляемость, уменьшение аппетита и последующая потеря веса, и, иногда, психомоторная задержка.

#### **Клинические показатели депрессии у подростков:**

– Скука и беспокойство, невозможность переносить одиночество, постоянный поиск новых видов активности, уход через алкоголь и наркотики, так же как и беспорядочная половая активность, гипохондрические симптомы и чрезмерная концентрация на физическом состоянии, трудность сконцентрироваться.

#### **Клинические показатели депрессии у взрослых:**

– Снижение энергии и концентрации, нарушение сна, снижение аппетита и потеря веса, соматические жалобы, когнитивные нарушения (часто описывается как псевдодеменция, может быть легко перепутана с истинной деменцией).

**Маниакальность, или мания** происходит от греческого слова «сумасшествие».

Важными чертами мании являются:

– Нарушение воли и поведения: чрезмерная активность, тенденция к мании величия, психомоторная гиперактивность;

– Соматические симптомы: раннее пробуждение, усиление аппетита, истощение вследствие чрезмерной активности, патологически и постоянно повышенное, несдержанное или раздражительное поведение, длящееся, по меньшей мере, одну неделю, назойливость, завышенная самооценка, сниженная потребность во сне, давление речи, скачущие мысли, отвлекаемость, повышенный уровень активности, чрезмерное вовлечение в виды активности, доставляющие удовольствие с высокой

вероятностью болезненных последствий – неразборчивость, чрезмерная трата средств и т.д.

– Нарушение мышления: скачка идей, мания величия, излишняя самоуверенность, гипербулия.

– Суицидальные мысли, самоубийство или попытка самоубийства.

Самоубийство представляет собой социопатологический феномен, а среди лиц с психическими расстройствами к нему чаще склонны пациенты, страдающие депрессией.

В лечении необходимо принимать меры по предупреждению суицидальных мыслей, обеспечить неотложную помощь и дальнейшее лечение больным, предпринявшим попытку самоубийства, а также постараться понять сущность человека на фоне проблемы жизни и смерти.

#### **Диагноз, последствия.**

##### **1. Нарушение настроения.**

Ухудшение концентрации, расстройства внимания, ухудшение памяти.

##### **2. Нарушение мышления.**

Склонность к пессимистическому мышлению (любое явление рассматривает негативно).

##### **3. Соматические симптомы.**

Состояние сна, аппетит, общая слабость и другие соматические симптомы.

**Лечение.** Психофармакотерапия: антидепрессанты, седативные средства (транквилизаторы), соли лития (нормотимики). Психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия.

#### **Сестринский уход**

##### **1. Наблюдение за депрессивным состоянием.**

#### **Депрессивные эмоции:**

а) печаль, подавленность, грусть, не способен преодолеть поражение или горе, лень;

б) постоянная озабоченность (в голове крутятся одни и те же мысли);

в) нежелание видеть кого-либо;

г) упреки самому себе в своей бесполезности;

д) отсутствие интереса;

е) невозможность сконцентрироваться на чем-либо;

ж) усиление чувства одиночества.

#### **Жизненные изменения:**

Прием пищи: отсутствие аппетита.

Сон: засыпает с трудом, просыпается рано утром, неоднократно просыпается ночью.

**Активность:** неэнергичен и быстро устает, вялость. страдает запорами. Утром настроение и самочувствие лучше, чем вечером.

**Предупреждение самоубийства.**

– Опасность суицида возрастает в тот период, когда намечается тенденция к выздоровлению, поэтому необходимо внимательно наблюдать за словами и действиями пациента. Попросить семью договориться с пациентом больше не пытаться покончить собой.

– Обмениваться информацией с членами семьи и постараться понять психологическое состояние больного.

**Оказание поддержки.**

– Объяснить пациенту, что часто течение депрессии выражается стремительным обострением и такой же резкой ремиссией и что не следует торопиться с выздоровлением.

– Объяснить о необходимости психического отдыха.

– Не следует подбадривать и вдохновлять пациента, когда это неуместно.

**Помощь в повседневной жизнедеятельности.**

Оценить влияние общей слабости, апатии и других симптомов на процесс оказания помощи в повседневной жизнедеятельности и межличностные отношения.

**Подготовка к социальной реабилитации:**

– Объяснить семье пациента о связи характера больного и течения его болезни и добиться понимания.

– Оказать помощь в том, чтобы пациент через когнитивно-поведенческую терапию смог понять склонности своего характера.

– В присутствии семьи провести беседу с пациентом, помочь проанализировать отрицательные факторы образа жизни и взаимоотношений с окружающими, а также понять о профилактике рецидивов.

– Трудовая реабилитация проводится поэтапно посредством консультаций со специалистом.

**Профилактика рецидивов:**

– Понять необходимость строгого приема лекарств.

– Заново сформировать для себя соответствующий образ жизни (выполнять в пределах возможного, не бояться мнения окружающих).

Ознакомиться с результатами анализов:

– Концентрация лития в крови.

– Шкалы оценки депрессии и т.д.

### 3.11. Тревожные расстройства

**Тревога.** Человек, подвергаясь воздействию определенного стресса, выражает нормальную реакцию в виде страха. Данный страх является естественной и адекватной реакцией организма. Страх, на который жалуется пациент с фобическими расстройствами, зачастую основан на боязни и физических симптомах. Этот страх субъективный и носит неопределенный характер.

**Патологическая тревога.** При состоянии сильной тревоги человек даже не знает, что и почему его беспокоит. Он впадает в состояние «как будто с ним что-то произойдет, затрудняется дыхание, наступает страх, беспокойство». Как сказано выше, тревога постепенно увеличивается вследствие физических симптомов. Иногда появляется такое чувство, что человек думает, что сейчас умрет или сойдет с ума. Поведение растерянное, беспокойное, паническое, реакция беспорядочная.

Например: Внезапно в транспорте (поезд, автобус) может затрудниться дыхание, закружиться голова, появиться чувство страха, но эти симптомы могут исчезнуть, когда этого человека везут в больницу на машине скорой помощи. И если человек один раз испытает это на себе, то он уже тревожится о том, не появятся ли эти симптомы вновь в транспорте.

**Паническое расстройство.** Повторяющиеся панические атаки, начало непредсказуемо, чувство страха или ужаса, часто сопровождается ощущением нависшего рока и интенсивным психическим дискомфортом.

При панической атаке должны присутствовать, по меньшей мере, четыре из перечисленных симптомов:

– тахикардия, потение, дрожь или тряска, одышка или ощущение удушья, поперхивание, боль в груди или дискомфорт, тошнота или дискомфорт в животе, головокружение, неустойчивости, легкость в голове или обморок.

– дереализация (ощущение нереальности) или деперсонализация (ощущение отстраненности от собственной личности);

– страх потери контроля или опасение сойти с ума;

– страх смерти;

– парестезии (ощущение онемения или покалывания);

– озноб или приливы жара.

**Тревожные расстройства** – расстройства, при которых проявление тревоги является главным симптомом, не ограничиваются особой ситуацией, возникают как реакция на определенные ситуации (объекты), которые в настоящее время не опасны.

### **Симптомы тревожных расстройств:**

– Появление сильного страха и беспокойства приводит к возникновению различных симптомов. За этим скрывается чувство неопределенности и нестабильности относительно своего будущего. Если нет конкретного объекта, то человек ощущает угрозу собственной безопасности.

– При приступах паники, или агорафобии появляются симптомы, вызванные нарушением деятельности автономной нервной системы – сердцебиение, потоотделение, ощущение удушья, дискомфорт в области груди, тошнота, головокружение и т.д. Эти симптомы также связаны со страхом потери контроля или страхом смерти.

– Происходит частое нарушение сна, что может легко вызвать ухудшение симптомов пациента.

– При наличии конкретного объекта (животное, природа, кровь и т.д.) это состояние называется фобией.

– Если сигналом к страху служит ситуация или действие, привлекающее внимание окружающих, то это называется социофобией.

– Сильный страх и страдания, возникающие в результате неправильного восприятия человеком навязчивых идей, которые выражаются повторяющимися и продолжительными мыслями, импульсами или мысленными образами, называются обсессивно-компульсивным неврозом (невроз навязчивости).

**Генерализованное тревожное расстройство** – хроническая, нереалистичная и чрезмерная тревога, длящаяся 6 месяцев или дольше, которая не может быть отнесена к специфическим органическим факторам.

Генерализованная тревога характеризуется:

– чрезмерной тревогой и беспокойством относительно каких-либо событий, которые человек не может контролировать;

– беспокойством или чувством, что он «на краю»;

– быстрой утомляемостью;

– трудностью сконцентрироваться;

– раздражительностью;

– напряжением мышц;

– нарушением сна (трудно заснуть или плохо спать).

### **Виды тревожных расстройств:**

**Навязчивые страхи (фобии)** – это мучительное и чрезвычайное переживание страха тех или иных обстоятельств или явлений и попытка бороться с этим чувством.

Если у пациента возникает страх и он чувствует, что этот страх превышает ранее существовавшие границы, то у него могут возникнуть нарушения жизнедеятельности в виде ограничения сферы деятельности (закрывается в доме, никуда не выходит). Фобий (обсессий) довольно много. Приведем наиболее часто встречающиеся.

**Агорафобия** – (от греч. – место, ситуация) страх не только открытых пространств, но также наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место, страх выходить из дома, входить в магазин, общественные места или путешествовать одному в автобусе, поезде, самолете.

**Социальная фобия.** Чрезмерный страх ситуаций, при которых человек может сделать что-либо, что вызовет у него смущение или будет негативно оценено окружающими.

**Специфическая фобия.** Выраженный, постоянный и чрезмерный или неразумный страх в присутствии, ожидании и столкновении со специфическим объектом или ситуацией.

**Вызывающие факторы** разделяются на индивидуальные факторы (характер, умственная способность, наследственность, биологические факторы) и факторы окружающей среды (война, бедствия, запутанные межличностные отношения и др.).

**Обсессивно-компульсивное расстройство** – повторяющиеся навязчивые идеи или действия, которые достаточно выражены, чтобы стать причиной траты времени, выраженного расстройства или значительного ухудшения состояния.

*Навязчивые идеи:* не желаемые, навязчивые, постоянные идеи, мысли, импульсы или образы, которые приводят к выраженной тревоге или расстройству.

*Навязчивые действия:* не желаемые, повторные модели поведения или умственные действия (например, молитва, счет, повторение слов в уме), которые по предположению должны снизить тревогу, а не принести удовольствие или радость.

**Тревожное расстройство вследствие физического заболевания.** Тревожные симптомы в данном случае считаются прямым психологическим следствием общего физического заболевания (например, эндокринные, сердечно-сосудистые, респираторные, метаболические, неврологические заболевания).

#### **Лечение тревожных расстройств:**

– необходимо привести в порядок семейную и рабочую среду, которые являются основной причиной тревожных расстройств;

– проводить индивидуальную терапию (поддерживающая терапия, инсайт-терапия, поведенческая терапия и т.д.);

- проводить групповую психотерапию;
- проводить медикаментозную терапию, при которой в основном применяются анксиолитические препараты и антидепрессанты, а также транквилизаторы, мягкие нейролептики, психотерапия.

### **Сестринский уход при тревожных расстройствах**

При приступах тревоги человеку кажется, что он вот-вот сойдет с ума. Вдобавок к этому мучительные физические симптомы приводят к тому, что тревога полностью овладевает человеком, и он теряет чувство контроля. Здесь важно вызвать у пациента ощущение защищенности и безопасности, поэтому медсестре важно уделять необходимое время больному. Такие способы релаксации, как метод глубокого дыхания, также помогают постепенно смягчить одышку, сердцебиение и другие симптомы.

Когда пациент научится ощущать эффект данной релаксации, то у него появится чувство самоконтроля. При этом необходимо обдумать с пациентом практические способы самоконтроля при тревоге и помочь ему применить их на практике.

Когда пациент научится контролировать приступы тревоги, то он переходит к следующему этапу. Возникают внутренние конфликты бытового характера, пациент показывает свое стремление к совершенству и безупречности, начинает придираться к мелочам, показывает свои слабые стороны. В такой ситуации медсестра должна воспринять пациента таким, какой он есть, тем самым помогая пациенту положительно воспринимать самого себя и больше концентрироваться на реальной жизни.

Большинство пациентов продолжают амбулаторное лечение. Стрессовые ситуации в жизни пациента и смена жизненных условий способствуют ухудшению симптомов, поэтому важно понять динамику симптомов больного на фоне жизненного процесса. Также важно четко определить конкретные меры, которые должен предпринимать пациент при приступах тревоги, тем самым повышая его способность реагировать на различные ситуации.

Пациентам с обсессивно-компульсивными расстройствами необходима помощь при навязчивом поведении и действиях. Он понимает необоснованность и неразумность таких действий. Не следует вмешиваться и насильно прерывать такие действия, а скорее важно помочь больному выбрать такой

способ, который был бы наиболее убедительным и успокоил бы его. Однако, если навязчивые действия не прекращаются, заставляя пациента мучиться, и он нуждается в помощи, то необходимо вмешательство извне. Бывают случаи, когда медсестра останавливает этот процесс, обращаясь к пациенту со словами: «Кажется, вы устали. Давайте отдохнем».

### 3.12. Эпилепсия

Эпилепсия в переводе с греческого – «схватываю», подчеркивает наиболее бросающийся в глаза симптом болезни – припадок. Заболевание впервые было описано Гиппократом (460–370 гг. до н.э.) в книге «О священной болезни». Термин «эпилепсия» был введен Авиценной в XI в. До него эту болезнь называли «падучей», «священной», «лунной».

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, которое характеризуется пароксизмально возникающими расстройствами в виде различных судорожных и бессудорожных припадков, а также эпизодическими и хроническими психическими расстройствами.

Причины, приводящие к развитию эпилепсии, многообразны. В ее происхождении играет роль наследственный фактор, патология обмена веществ, травматические поражения головного мозга, включая родовую травму, интоксикации, дисциркуляторные нарушения. Таким образом, эпилепсия связана с комплексом эндогенных, экзогенных и органических факторов, при взаимодействии которых развивается эпилептическая болезнь, имеющая общий патогенез и сходные клинические проявления. Примерно в одной трети случаев причина заболевания остается нераспознанной.

В патогенезе эпилепсии большое значение придается роли эпилептогенного очага, представляющего собой локальное органическое поражение головного мозга, приводящее к изменению функционального состояния нервных клеток, окружающих пораженный участок. Нейроны в эпилептогенном очаге способны давать мощные залпы импульсов, а одновременный разряд большого числа нейронов приводит к возникновению судорожной активности, которая регистрируется на ЭЭГ.

Периодически наступающее резкое усиление активности в эпилептогенном очаге вызывает ее распространение на другие участки мозга, что клинически проявляется в виде эпилептического припадка.

Клинические проявления эпилептических припадков многообразны, но они имеют общие признаки, на которые ориентируются в диагностике. Это: пароксизмальность, внезапное возникновение и кратковременное течение, измеряемое несколькими секундами или минутами, нарушение сознания во время приступа, характерна также повторяемость с одними и теми же проявлениями.

Классификация припадков довольно сложна, но практически их можно разделить на судорожные и бессудорожные. К судорожным относятся генерализованные припадки, абортивные и джексоновские. К бессудорожным – малые припадки, психомоторные и психосенсорные.

### **Клиническая картина**

Наиболее частыми являются генерализованные (большие) судорожные припадки. Иногда припадки возникают неожиданно, иногда бывают предвестники, которые появляются за несколько часов или за сутки до припадка. У больных изменяется настроение, появляется злобная раздражительность, тоскливость, головные боли, недомогание. У некоторых больных непосредственно перед возникновением судорожного припадка возникает аура (от греческого «дуновение»), которая длится несколько секунд и указывает на локализацию патологического очага в мозге. Поэтому у разных больных аура разная, у одного и того же больного повторяется стереотипно. Содержание ауры сохраняется в памяти больного.

Может возникать:

– сенсорная аура – ползание мурашек, жжение, онемение в различных частях тела;

– зрительная аура – различные оптические ощущения в виде кругов, цветных пятен, преходящей слепоты, иногда предметы окрашиваются в красный цвет, меняется форма предметов, искажаются люди;

– слуховая аура – шум, треск, звон, мелодия, плач, крик о помощи;

– психосенсорная аура – ощущение увеличения или уменьшения размеров собственного тела, метаморфозии, головокружение, тошнота;

– обонятельная, вкусовая аура – неприятный запах, ощущение кислого, горького, сладкого во рту;

– висцеральная аура – тахикардия, неприятные ощущения в эпигастральной области, бледность, гиперемия;

– двигательная аура – тикообразное подергивание мелких мышц, зажмуривание, облизывание, бесцельный бег.

Известно, что эпилепсией страдал Ф.М. Достоевский, в некоторых произведениях которого описаны характеры больных, страдающих эпилепсией. У Достоевского отмечалась аура в виде чувства экстаза, которую он описал.

Затем больной теряет сознание, падает. В этот момент можно услышать своеобразный громкий крик больного, обусловленный спазмом голосовой щели и судорожным сокращением мышц грудной клетки. Появляются тонические судороги: туловище и конечности вытягиваются в состоянии резкого напряжения, голова запрокидывается, иногда поворачивается в сторону. Это тоническая фаза припадка, которая продолжается 15–20 секунд. Дыхание задерживается, шейные вены набухают, лицо, искаженное судорожной grimасой, становится мертвенно бледным с постепенно нарастающим цианозом. Челюсти судорожно сжаты. После окончания тонических судорог возникают клонические судороги (клоническая фаза припадка, которая длится 2–3 минуты). Появляются сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища. Частота этих сокращений постепенно убывает, и по окончании их наступает мышечное расслабление. Во время этой фазы дыхание бывает хриплым, шумным вследствие скопления слюны и возможного западания языка. Цианоз постепенно исчезает, изо рта выделяется пенная слюна, часто окрашенная кровью, вследствие прикусывания языка или внутренней поверхности щеки. Во время припадка зрачки расширены, не реагируют на свет. В этот же период отмечается непроизвольное мочеиспускание, реже дефекация. После окончания судорог больной 2–3 минуты находится в коме, затем постепенно сознание проясняется и больной приходит в себя, иногда коматозное состояние переходит в сон, который длится несколько часов. После пробуждения больной чувствует разбитость, головную боль, боль в области языка, слизистой щеки.

Абортивные припадки отличаются отсутствием ауры, кратковременностью, при них отмечаются только тонические или клонические судороги.

Джексоновские припадки, возникающие в связи с локальным поражением в области передней или задней центральной извилины больших полушарий коры головного мозга, проявляются клоническими судорогами в отдельных группах мышц. Чаще всего начинаются с мышц большого пальца кисти правой или левой руки, а затем переходят на мышцы ноги, но могут начинаться с мышц лица и нижней конечности. Джек-

соновский припадок может переходить в генерализованный судорожный, в этом случае происходит выключение сознания с последующей амнезией.

Среди бессудорожных чаще всего встречаются малые припадки. При них возникает кратковременное выключение сознания (2–6 секунд), в период которого больной не падает, лицо бледнеет или краснеет, иногда возникают отдельные судорожные сокращения мышц лица. По окончании приступа больной возвращается к начатой ранее деятельности. Разновидностью малого припадка является абсанс (отсутствие). Сознание выключается на несколько секунд, больной застывает в одной позе, затем продолжает прерванный разговор или занятие.

При локализации эпилептогенного очага в глубоких отделах височной доли головного мозга возникают психомоторные и психосенсорные припадки. При психомоторных припадках больные внезапно, не отдавая себе в этом отчета, начинают совершать автоматические действия: хлопают себя по груди, прячутся, теребят одежду, раздеваются, причем все это делают неловко. Припадок длится 1–2 минуты, после окончания припадка – амнезия.

При психосенсорных припадках внезапно происходит изменение сознания, которое сопровождается явлениями дереализации. Возникает растерянность, ощущение чуждости, измененности окружающей обстановки. Эти припадки не сопровождаются полной амнезией.

**Эпилептический статус** является осложнением эпилепсии. Это состояние, при котором один припадок следует за другим, и в промежутках между ними больной не приходит в сознание. Это состояние может привести к летальному исходу и требует экстренной помощи.

**Эпизодические психические нарушения.** К эпизодическим психическим нарушениям при эпилепсии относят сумеречные нарушения сознания и дисфории.

**Эпилептические психозы.** Помимо кратковременных нарушений психики, при эпилепсии могут возникать психозы с более продолжительным и даже затяжным течением. Чаще всего они возникают остро, иногда после одного или серии припадков, иногда начинаются постепенно. Для эпилептических психозов характерны разнообразие и изменчивость психических нарушений. Могут отмечаться галлюцинаторные, бредовые, аффективные симптомы, ипохондрические расстройства, нарушение сознания по типу делирия, онейроида, иногда возникают эпизоды резко выраженного психомоторного возбужде-

ния с агрессией и разрушительными действиями, попытками нанести себе телесные повреждения. Длительность психозов исчисляется неделями или месяцами, иногда они принимают затяжное течение.

Для диагностики эпилепсии больным делают:

- R-графию черепа;
- электроэнцефалографию головного мозга (ЭЭГ);
- позитронно-эмиссионную томографию.

**Лечение** при эпилепсии включает назначение противосудорожных препаратов, соблюдение диеты, организацию режима труда и отдыха.

Основой лечения является подбор противосудорожных средств, замена одного препарата другим проводится постепенно, больные принимают лечение постоянно, иногда на протяжении всей жизни. Правильный подбор препаратов приводит к урежению или полному прекращению припадков.

При наличии больших судорожных припадков применяют: фенобарбитал, бензонал, гексамидин, дефинин, финлепсин, депакин энтерик, депакин хроно. При малых припадках – триметин, суксилеп, конвульсофин. При психомоторных и психосенсорных припадках – финлепсин, депакин энтерик.

Вопрос о прекращении лечения ставится спустя 2–4 года после последнего судорожного и через 1,5 года после последнего малого припадка. Важным показателем возможности прекращения лечения является нормализация ЭЭГ. Отмена препаратов производится постепенно путем медленного снижения доз.

Дополнительно назначают медикаменты, нормализующие обменные процессы в головном мозге и оказывающие дегидратирующее действие. Назначают алоэ ФИБС, стекловидное тело. Дегидратирующая терапия с применением 25% раствора сернокислой магнезии и мочегонных средств. Больным эпилепсией противопоказаны препараты камфоры.

#### **Сестринский уход.**

1. Контроль повседневной жизни.

– Эпилептические припадки чаще возникают вследствие физического переутомления и при нехватке сна, поэтому следует объяснить о необходимости соблюдения режима повседневной жизни.

– Также следует быть внимательным к развитию запора, перееданию и чрезмерному приему жидкости. Больным рекомендуется уход и диета с ограничением жидкости, поваренной соли, исключается употребление острых пряностей, кофе, какао, особенно важно избегать приема алкоголя.

– Основную часть припадков можно избежать благодаря медикаментозному лечению и соблюдению режима.

– Когда припадки отсутствуют, то больной ведет привычную жизнь наравне со здоровыми людьми. При контакте с такими больными важно изучить и понять характер больных эпилепсией.

#### **Уход за больным во время приступа.**

Велика роль среднего медицинского персонала в обеспечении ухода и наблюдения за больными эпилепсией. Во время судорожного припадка необходимо предпринимать меры для предупреждения дополнительных травм, прикуса языка, развития асфиксии. Нуждаются в тщательном и строгом надзоре больные с сумеречными расстройствами сознания. Большое значение имеет точное описание припадков, наблюдавшихся медсестрой в отсутствие врача, подробные записи и тщательная регистрация поведения больных в дневнике наблюдения.

Информация, позволяющая медицинской сестре начать осуществление доврачебной помощи: отсутствие сознания, пена изо рта, тонические, клонические судороги.

Во время припадка необходимо проводить мероприятия:

– Перевернуть больного на спину, если он упал лицом вниз, во избежание асфиксии.

– Очистить рот от пищи, если припадок начался во время еды, чтобы не было асфиксии.

– Положить под голову подушку или какие-нибудь мягкие вещи, чтобы не было травмы головы.

– Повернуть голову в сторону, чтобы свободно стекала слюна и придерживать, предохраняя от ушибов.

– Необходимо расстегнуть воротник рубашки, снять пояс, чтобы обеспечить доступ воздуха.

– Вставить в рот между коренными зубами резиновую трубку или металлический шпатель, обернутый в несколько слоев марли, если этого нет, то можно использовать платок, завязанный в узел, чтобы больной не прикусил язык. Также в целях избежания повреждения зубов пациента и пальцев ухаживающего, можно рассмотреть другие безопасные методы.

– Вызвать врача.

При общении с пациентами необходимо учитывать особенности характера больных эпилепсией. Медицинскому персоналу требуется выдержка и терпение при беседе с больными. Не следует перебивать или торопить больного, по необходимости тактично направлять в нужное русло.

### 3.13. Соматоформные расстройства

К соматоформным расстройствам относятся расстройства, при которых наблюдается повторяющееся возникновение различных физических симптомов при отсутствии конкретного соматического заболевания. Несмотря на то, что многочисленные обследования не дают никаких результатов и подтверждений и врач уверяет больного в том, что эти симптомы не имеют под собой основания, больные настойчиво продолжают проходить обследования и обращаются к другим специалистам.

Даже в тех случаях, когда есть вероятность того, что появление симптомов связано с психологическими конфликтами, вызванными жизненными проблемами больного, и когда врач начинает говорить об этих психологических причинах, больные отрицают и даже не хотят слышать об этом.

Сюда относятся **соматизированные расстройства**, характеризующиеся наличием множественных жалоб физического характера; **ипохондрические расстройства** – постоянное предъявление физических жалоб или претензий на свой внешний вид; **конверсивные расстройства** (истерия), которые сопровождаются двигательными симптомами (потеря способности ходить или потеря голоса), сенсорными симптомами и симптомами в форме приступов; **болевыe расстройства** (сопровождаются сильной болью, мешающей жить).

**Лечение соматоформных расстройств.** Необходимо привести в порядок семейную и рабочую среду, которые являются основной причиной. Проводится индивидуальная (поддерживающая терапия, инсайт-терапия, поведенческая терапия и т.д.) или групповая психотерапия. Также проводится медикаментозная терапия, при которой в основном применяются анксиолитические препараты и антидепрессанты.

Понимание языка органов (язык тела). Каждый симптом имеет символическое значение и скрывает за собой психологическое послание, например, затруднение в ходьбе означает «не могу так дальше жить», рвота и затруднение глотания означает «никак не могу смириться (принять) с данной ситуацией», понос – «быстрее хочу избавиться от этой проблемы», запор – «не хочу терять». Пациент своим телом выражает то, чего не может высказать словами, и это помогает лучше его понять.

Выгода от ухода в болезнь (выгода заболевания). Существует первичная выгода, когда посредством погружения в болезнь

человек избегает изначального конфликта и получает реальную психологическую выгоду, и вторичная выгода, получаемая в результате болезни, например, когда больному оказывается внимание и забота семьи. Особенно часто эти понятия встречаются у истериков. Можно выделить множество актуальных и нужных для пациента выгод, которые он хочет получить, жертвуя при этом возможными социальными и повседневными неудобствами, доставляемыми болезнью.

### **Сестринский уход.**

Сверять данные, получаемые при наблюдении за физическими симптомами (головокружение, паралич верхних и нижних конечностей, сенсорный паралич тела, потеря зрения, ухудшение слуха, потеря голоса и т.д.), с результатами анализов и собрать информацию, необходимую для устранения соматической болезни.

Чем выше степень выраженности реальных выгод от болезни, тем легче и эффективнее лечится данное заболевание, поэтому обнаружение выгод болезни позволяет определить курс дальнейших действий. Для этого необходимо в первую очередь понять и уловить симптомы, имеющие символическое значение и включающие в себя определенный сигнал, и понять душевное состояние больного.

Среди пациентов с истерией есть люди с артистическими наклонностями, которые на глазах у людей обливаются слезами, как дети, и, обладая богатой эмоциональной выразительностью, пользуются симпатией окружающих, но стоит им уединиться, как они становятся безразличными и холодными. Неоднократное повторение таких действий и такого поведения служит причиной того, что у окружающих появляется неприязнь к больному и это мешает поддержанию нормальных человеческих отношений. Необходимо показать больному характер и качества взрослого человека, не симпатизируя ему без повода, а также постепенно закладывать основу для создания доверительных отношений. Ступая во взаимоотношения взрослых людей, необходимо помочь больному испытать ощущение того, что к его чувствам относятся с пониманием, а страдания стараются облегчить.

Для устранения соматического заболевания в течение всего периода, пока проводятся различные обследования, следует оказывать больному необходимый в повседневной жизни уход (помощь при ходьбе и т.д.), не отрицая его беспокойство о возможном соматическом расстройстве. С другой стороны, постоянная концентрация внимания на симптомах может при-

вести к ухудшению состояния, поэтому для предупреждения такого развития событий является эффективным отвлекать его беседами, организовывать любимые занятия, обеспечить смену настроения, то есть предоставлять в повседневной жизни возможность для активного участия пациента. В таких условиях пациент начинает выражать свои чувства, что позволяет глубже понять его трудности и конфликты, а также дает ключ к выработке индивидуального подхода.

### **3.14. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой сравнительно новое понятие, принятое в 1980 году Американской психиатрической ассоциацией и включенное в американскую номенклатуру психических заболеваний DSM. Причиной развития такого расстройства являются события, ставящие под угрозу жизнь человека и которые человек не способен своими силами предугадать или проконтролировать.

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство. Возникает как пролонгированная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за пределы обычного человеческого опыта.

ПТСР, как правило, развивается в результате следующих психотравмирующих воздействий: военные действия, международные конфликты, природные катастрофы (землетрясения, наводнения, цунами, смерчи, лесные пожары и снежные заносы), промышленные катастрофы, террористические акты, в том числе взятие в заложники, отбывание заключения в местах лишения свободы, насилия и пытки, длительные, тяжелые болезни, смерть близких людей и др.

Воздействие психотравмирующей ситуации можно разделить на:

- краткосрочное воздействие – от нескольких минут до нескольких часов;
- пролонгированное воздействие – несколько дней, недель, месяцев;
- периодически повторяющееся.

В дальнейшем возникают клинические симптомы.

– Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и ощущений, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

- Повторяющиеся кошмарные сны.

– Такие действия и ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (ощущение «оживания» психотравмирующей ситуации, иллюзии, галлюцинации – так называемые «флэшбэки»).

– Интенсивные тяжелые переживания (вплоть до физиологических реакций), которые были вызваны стимулами, напоминающими о психологической травме.

В состоянии человека появляются следующие особенности:

– Избегание мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

– Избегание действий, мест или людей, которые инициируют эти воспоминания.

– Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

– Заметно сниженный интерес и участие в ранее значимых видах деятельности.

– Чувство отчужденности и зависимости от других людей.

– Сниженная выраженность чувств (неспособность к любви, неадекватное восприятие юмора, эмоциональная холодность).

– Ощущение отсутствия перспективы в будущем (отсутствие ожиданий по поводу карьеры, создания семьи, рождения детей).

– Трудности с засыпанием, бессонница, поверхностный сон, ранние пробуждения.

– Раздражительность, вспышки гнева.

– Трудности концентрации внимания.

– Повышенный уровень настороженности, повышенная бдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.

– Гипертрофированная реакция испуга.

Расстройство определяет клинически проявляющееся тяжелое эмоциональное состояние и нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. Психические нарушения, наступившие вследствие ПТСР, часто осложняются соматическими расстройствами и заболеваниями – в основном нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем. В результате ПТСР личность становится более открытой и уязвимой для всех последующих психосоциальных стрессов повседневной жизни.

ПТСР не однородное явление. Понятие острая посттравматическая реакция обозначает психогенно шоковые реакции потери и горя, им свойственна интенсивная форма симптомов, проявляемых сразу после травматического события, которое приводит больного в состояние, называемое психологическим

оцепенением. У некоторых подобная реакция могла продолжаться несколько часов, а других несколько дней или недель. Наиболее часто встречающееся отсроченное ПТСР имеет другую динамику. Специфичным является наличие латентного периода (от 6 месяцев до 10 лет), когда отсутствуют какие-либо жалобы. Затем состояние человека, находившегося в экстремальной ситуации, неожиданно ухудшается, появляются ночные кошмары, пострадавший становится агрессивным, теряет самоконтроль или, напротив, впадает в состояние психологического оцепенения. Хроническое ПТСР характеризуется чередованием периодов ремиссий, сменяющихся обострением стрессовых реакций. Цикличность хронического ПТСР зависит от индивидуально-психологических особенностей личности, влияния социальных факторов (поддержка семьи и общества), особенностей социально-психологической реабилитации.

У участников боевых действий, которые неоднократно находились в психотравмирующих ситуациях, были свидетелями тяжелых ранений и смертей или сами перенесли тяжелые ранения, могут возникать вспышки беспорядочной агрессии, направленной как на окружающих, так и на самих себя.

Человек, страдающий ПТСР, часто не может адаптироваться в жизни, у него возникают определенные изменения:

- психических функций (ухудшается память, нарушается концентрация);
- эмоций (агрессивность, раздражительность, подавленность, чувство вины, тревога, страхи, депрессия);
- мотиваций (преобладание деструктивных форм мотивации над конструктивными);
- личности (внутренние конфликты и кризисы);
- в межличностных отношениях (конфликты в семейных, профессиональных формах общения, изоляция, отчужденность);
- поведения (алогичность и непоследовательность поступков, непредсказуемость поведения, расторможенность);
- в системе ценностей (противоречивость, конфликтность ценностей, нравственные кризисы).

У пациентов с ПТСР отмечено отсутствие настроенности на длительную жизнь, в связи с чем характерно избегание длительного планирования. Могут появляться антисоциальные и суицидальные тенденции, легко формируется зависимость от алкоголя и наркотиков.

К психосоматическим последствиям относятся: поражение сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и

двенадцатиперстной кишки, гастроэнтериты и энтероколиты, ранний атеросклероз.

В заключение можно отметить, что:

– ПТСР является закономерной реакцией человека на экстремальную ситуацию;

– социально-психологические изменения личности являются потенциально обратимыми;

– несвоевременное обращение человека за медико-психологической помощью приводит, в большинстве случаев, к прогрессированию у него нервно-психических расстройств и социально-психологической дезадаптации;

– своевременное психотерапевтическое воздействие позволяет устранить основные симптомы ПТСР, препятствует развитию нервно-психических расстройств, способствует адаптации и нормализации личной, семейной и профессиональной деятельности пациента.

**Диагностика.** Диагностическими критериями ПТСР являются:

– участие в событиях, которые включают смерть или угрозу смерти, а также угрозу физической целостности себя или других людей;

– переживание интенсивного страха, беспомощности или ужаса;

– ПТСР – одно из тех редких психических расстройств, где мы можем выявить определенную причину. Если 3 симптома (симптом повторного переживания в виде навязчивых воспоминаний, избегание, симптом чрезмерного возбуждения) исчезают в течение месяца, то ставится диагноз «острое стрессовое расстройство» (острая стрессовая реакция), а если симптомы сохраняются более месяца, то диагноз формулируется как «посттравматическое стрессовое расстройство». Часть этих расстройств продолжается длительное время, и они становятся хроническими, требуя долгого лечения.

**Лечение.** Основные виды лечения включают медикаментозную терапию, психотерапию и психологическое обучение.

1. Медикаментозная терапия: антидепрессанты, снотворные и т.д.

2. Психотерапия:

– Поддерживающая психотерапия (с сочувствием выслушать пациента, отделяя реальные обстоятельства от эмоций, сам процесс выступает в качестве лечения).

– Когнитивно-поведенческая терапия (после установления благоприятных лечебных отношений пациенту напоми-

нают о травмирующем событии и помогают адаптироваться к нему).

3. Психологическое обучение: семье и близким больного объясняют о симптомах ПТСР и дальнейшем прогнозе, стараясь добиться их помощи и поддержки. Для того чтобы смягчить тревогу пациента и настроить его на благополучное выздоровление, необходимо как можно раньше начать психологическое обучение преимущественно семьи, обеспечив понимание и поддержку со стороны окружающих людей.

### Сестринский уход

#### 1. Эмпатическое взаимодействие.

– Внимательное слушание и эмпатия. Объяснить пациенту, что его мучения – это естественные переживания, что это нормально, когда он не может рассказывать об этом и постараться разделить с ним его страдания. Если больному тяжело и он не может говорить, попросить его не принуждать себя и добавить, что его готовы выслушать тогда, когда он сможет.

– Создать наиболее спокойные для пациента условия и с сочувствием выслушать его. Кроме этого, важно построить отношения, позволяющие пациенту в любое время говорить о своих жалобах.

– Объяснить пациенту, что медсестра не торопится и готова подождать до тех пор, пока пациент сможет выразить эмоции своими словами. Также пациенту следует объяснить, что медсестра готова в любой момент оказать необходимую помощь.

– Даже если пациент молчит, постараться не причинять ему дискомфорт своим присутствием и позаботиться о том, чтобы пациент не испытывал чувство одиночества, ощущая связь с семьей и друзьями.

#### 2. Взаимодействие с семьей и окружающими.

– Объяснить семье и окружающим о том, что их поддержка серьезно влияет на выздоровление пациента, и провести обмен информацией о состоянии симптомов и дневной активности.

Для того чтобы пациент не терял ощущение психологической дистанции, важно создать условия для общения с окружающими (включая родственников), заводить обычные повседневные беседы с больным, вместе пешком ходить за покупками и т.д.

– При желании выбрать время, которое пациент может провести в одиночестве.

### 3. Помощь в повседневной жизни.

– Наблюдение за симптомами (3 основных симптома).

– Ночной сон, дневная активность, раздражительность, наличие продолжительной концентрации внимания, взаимодействие с окружающими, наличие чувства страха и т.д.

– Наблюдение за эффективностью медикаментозного лечения.

– Наблюдение и помощь в повседневной жизнедеятельности. Степень самоухода, духовная сила, ощущение общей слабости, изменение выражения лица, наличие интереса к происходящему вокруг. Оказать помощь пациенту, если тот не может вести повседневную жизнь (принимать ванну и соблюдать гигиену) из-за апатии, чувства общей слабости и т.д.

– Создать условия с наименьшим количеством раздражителей и предоставить успокаивающую лечебную среду. Подготовить условия (звуки, свет, цветовая гамма, пространство) для пребывания пациента в спокойном состоянии.

– Расширение границ физической активности. Сначала позволить пациенту постепенно приспособиться к условиям с наименьшим количеством раздражителей, затем поэтапно расширять сферу деятельности.

Если человек пережил железнодорожную аварию и с тех пор ему страшно сесть в вагон, то вместе с человеком, с которым он чувствует себя спокойно, необходимо попробовать дойти с ним до станции поезда. Если у пациента появляется уверенность, то можно вместе проехать одну станцию, тем самым постепенно расширяя предел активности.

## 3.15. Умственные расстройства

### Понятие и определение инвалидности

Международная классификация болезней – МКБ и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ дает классификацию инвалидности, а не личности. Исходя из этого, дети с нарушениями – это дети, у которых ограничена деятельность и социальная активность из-за проблем со здоровьем.

В основе понятия инвалидности лежит понятие МКФ, как и у взрослых, целью которого является стремление к нормализации.

### **Базовое понятие.**

– Дети-инвалиды – это прежде всего просто дети. Важно осознать, что большинство детей-инвалидов имеют желание вести своеобразную жизнь со своими задачами, несмотря на свое состояние.

– Устранение негативных взглядов по отношению к инвалидности. Прежде взгляд на инвалидность был негативным, как на психические расстройства или болезнь Гансена. И на фоне этого у здоровых людей формируется односторонний образ слабого и несчастного по отношению к инвалидам.

– Создание условий для жизни и обучения. Мы много чему можем научиться у детей-инвалидов, которые проживают свою жизнь активно со здоровым настроем, и у их родителей, которые всеми усилиями стараются поддерживать своих детей. В этом плане дети инвалиды и их родители не должны оставаться одни, они должны стараться принимать социальную поддержку.

**Олигофрения** – это врожденное или рано приобретенное слабоумие, сопровождающееся когнитивными нарушениями, расстройством речи, двигательных функций и социальных способностей, что вызывает затруднение адаптации к социальной жизни. (МКБ-10 – «умственная отсталость»).

**Причины.** Причин, которые приводят к развитию умственной отсталости, очень много, из которых 70-80% составляют физиологические причины. В большинстве случаев наблюдается легкая форма. Ниже приведены основные причины:

**Наследственно обусловленные:** истинная микроцефалия, энзимопатические формы, обусловленные хромосомными аберрациями.

**Эмбриопатии:** обусловленные вирусными инфекциями, воздействием экзогенных токсических факторов.

**Обусловленные патологией пери- и постнатального периода:** резус-конфликтом, при асфиксии плода, связанные с родовыми травмами, вследствие инфекций, ЧМТ и интоксикаций раннего детского возраста, в определенных случаях причины могут быть неизвестными.

### **Классификация по IQ и уровень жизни**

В диагностике умственной отсталости большое значение имеет объективная оценка степени развития интеллекта. Общепринятым количественным показателем интеллектуального уровня является коэффициент умственного развития – IQ,

определяющийся с помощью психологического теста Векслера. В норме IQ психически здорового человека колеблется от 80 и выше.

### Критерии выраженности умственной отсталости (по МКБ-10)

Классификация		Коэффициент интеллектуальности – IQ	Умственный возраст
Граница интеллекта		70–80	
Умственная отсталость	Легкая форма	50–69	9–12 лет
	Умеренная форма	35–49	6–9 лет
	Тяжелая форма	20–34	3–6 лет
	Глубокая форма	0–19	до 3 лет

### По выраженности (тяжести) проявлений

<b>Легкая форма</b>	Может приспособиться к начальному образованию (в Японии до 12 лет, в Узбекистане до 10 лет). Самостоятельный в повседневной жизнедеятельности.	<b>Дебильность</b>
<b>Умеренная форма</b>	Может приспособиться к начальным группам начального образования. Отстает в физических способностях и в повседневной жизни, что и требует проведения упражнений. Бывают случаи эпилептического припадка в связи с органическими причинами.	<b>Имбецильность</b>
<b>Тяжелая форма</b>	Не способен усвоить программу начального образования. В состоянии выразить свое желание словесно. Имеет двигательные расстройства, но посредством проведения упражнений возможно увеличить сферу моторной активности.	<b>Имбецильность</b>

<b>Глубокая форма</b>	В основном не понимает словесное обращение, имеет явные моторные расстройства и не в состоянии двигаться. Также не может выразить свои нужды, что требует общей поддержки и контроля.	<b>Идиотия</b>
-----------------------	---	----------------

### **Лечение умственной отсталости и поддержка.**

Взаимосвязь медицины, семьи и системы социального обеспечения является основой.

- Устранение причин, хирургия головного мозга и другие.
- Проведение поведенческой терапии, медикаментозной терапии, психотерапии и рекомендаций касательно образа жизни (в легких случаях дать пациенту осознать свою болезнь и нарушения поведения).
- Повышения уровня социальной адаптации посредством обучения ремеслам и социальной поддержки, тем самым обеспечивая нормализацию состояния.
- Профилактика осложнений (умственная отсталость может сопровождаться шизофренией, нарушениями настроения, судорожными синдромами).

### **Сестринский уход**

1. Наблюдать за уровнем самостоятельности в повседневной жизни и провести анализ.

Поддерживать пациента в действиях, которые он не способен делать самостоятельно. В то же время наблюдать за тем, что может пациент при «частичной поддержке» в соответствии с нарушениями, что сможет сделать, если ему «сказать об этом», что может делать, если «подбадривать его» и постепенно увеличивать его сферу самостоятельной деятельности: сон, питание, физиологические отправления, гигиена, переодевание.

Способности ведения повседневной жизнедеятельности укрепляются именно в повседневной жизни!

В случае тяжелых нарушений, необходимо определить, каким поведением или действием пациент выражает свою нужду, и тем самым обеспечить быструю помощь. Необходимо обмениваться информацией с окружающими и сообщить им об этих особенностях.

2. Наблюдать за способностью поддерживания межличностных отношений.

Наблюдать за эмоциональной реакцией (выражение гнева, беспокойства, эмоциональные взаимоотношения и др.), характером взаимоотношений (сотрудничество и взаимодействие, словесное выражение и др.), возможностью участия в социальной деятельности и другими в соответствии с уровнем нарушения. Проводить упражнения вербального и невербального общения: приветствие, осознание нарушений поведения и упражнения.

**Связь с семьей и поддержка:**

1. Чувство шока после узнавания о болезни ребенка.

Мать: не в состоянии принять болезнь ребенка, осознание себя матерью ребенка-инвалида, сравнение со здоровым ребенком, скрывать болезнь, отчуждаться;

Отец: не в состоянии понять болезнь ребенка, избегает выполнения роли отца и др.

2. Реструктуризация роли семьи:

– Каждый член семьи пересматривает свои взгляды на инвалидность, сосредоточив свое внимание на ребенке-инвалиде;

– Участие каждого члена семьи в воспитании ребенка-инвалида укрепляет семейные узы;

– Обеспечить условия, чтобы сестры и братья ребенка-инвалида могли расти и развиваться естественно и свободно по своим желаниям:

а) стараться, чтобы утомление и беспокойство родителей в отношении ребенка-инвалида не влияли на других детей;

б) у детей может появиться чувство вины по отношению к ребенку-инвалиду, что они родились здоровыми, поэтому необходимо следить за их поведением и словами;

в) во многих случаях старшая дочь заменяет мать, во всем ей помогает.

**Использование социальных ресурсов:**

1. Поддержка на дому.

2. Использование лечения и воспитания.

3. Участие в группах самоподдержки и себе подобных (Peer Group.)

4. Представление других ресурсов системы социальной помощи:

– материальная поддержка со стороны государства;

– моральная и материальная поддержка со стороны махали;

– спонсорская помощь негосударственных структур;

– помощь родственников, соседей, друзей.

### 3.16. Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Алкоголизм

Привычка – это произвольное поведение, действие. Пристрастие – это, когда привязанность к табаку, алкоголю и медикаментам переходит во вредную привычку.

С каждым повторным употреблением возникает физическая зависимость. «Социальные подкрепления», связанные с межличностными отношениями, которые повлекли за собой употребление психоактивных веществ, являются основной причиной, по которой невозможно бросить вредные привычки. Вынуждение повторного употребления, потеря контроля и прогрессивность являются характерной чертой. Например: в начале человек употребляет из-за чего-то, но потом само употребление становится целью.

Алкоголизм во многих странах мира, включая нашу страну, представляет собой наиболее частую форму среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Бытовое употребление алкоголя определяется существующими в обществе традициями и условиями. Выделяют 3 степени простого алкогольного опьянения: легкую, среднюю, тяжелую.

**Легкая степень** проявляется в первые минуты после приема алкоголя и характеризуется эйфорией, чувством комфорта, мышечным расслаблением, самоуверенностью, ложным оптимизмом, разговорчивостью, активностью, снижением критики к своему состоянию.

**Средняя степень** проявляется состоянием выраженной расторможенности, отмечаются переходы от благодушия к внезапной ярости, раздражительности, эйфория сменяется подавленностью, тоскливостью. Нарушается координация движений, появляется дизартрия, склонность к импульсивным поступкам.

**Тяжелая степень** характеризуется признаками тяжелой интоксикации: движения некоординированы, речь невнятная, появляется тошнота, рвота, артериальное давление падает, отмечается апатия, сонливость, частичная или полная амнезия происходящего. При концентрации алкоголя в крови 5% наступает смерть на фоне острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Для диагностики алкогольного опьянения используют следующие методы:

а) Метод Мохова-Шинкаренко – основан на определении наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе. При выдыхании воздуха, содержащего пары алкоголя, в трубку с ватой, пропитанной хромовым ангидридом, вата темнеет.

б) Проба А.М. Рапопорта: испытуемый в течение 2 минут выдыхает воздух через трубку в пробирку с дистиллированной водой. Затем к воде добавляют несколько капель концентрированной серной кислоты и небольшое количество перманганата калия. В присутствии алкоголя раствор обесцвечивается.

Помощь при острой алкогольной интоксикации:

– вызвать рвоту путем раздражения задней стенки глотки;

– дать выпить теплой воды с добавлением 5–10 капель нашатырного спирта, щелочной воды, теплого молока с медом.

**Патологическое опьянение** возникает редко, ему предшествует целый ряд обстоятельств: черепно-мозговые травмы, усталость, переутомление, астенизация в результате перенесенных инфекционных заболеваний. Такое опьянение возникает после приема небольшого количества спиртного и сопровождается острым расстройством психической деятельности. У больного возникают признаки помрачения сознания: дезориентировка в окружающем, бредовые идеи, галлюцинации, немотивированная агрессия с бессмысленной жестокостью поступков. Длится от нескольких минут до нескольких часов, заканчивается глубоким сном и последующей полной амнезией.

Лица, совершившие правонарушение в состоянии патологического опьянения, признаются невменяемыми.

**Хронический алкоголизм.** Это заболевание характеризуется психической и физической зависимостью от алкоголя, явлениями личностных деградаций. Психическая зависимость заключается в том, что любое эмоциональное напряжение приводит к употреблению спиртного, при этом повышенное и сниженное настроение является достаточным поводом для выпивки.

Физическая зависимость заключается в том, что алкоголь включается в обменные процессы организма, который не может нормально функционировать без него, и проявляется сомато-вегетативными нарушениями.

**Этиология.** В основе алкоголизма лежат биологические, социальные и психологические причины. Биологическими причинами являются генетическая предрасположенность, дефицит серотонина и норадреналина, недостаточная способность мозга к окислению альдегидов. Социальными причинами ал-

коголизма являются стресс, семейная дезадаптация, снижение экономического уровня, подражание окружающим в детском и подростковом возрасте. Психологическими причинами приема алкоголя считают стремление к улучшению коммуникации и снижению уровня тревоги. Критерием начала заболевания являются 3 стадии хронического алкоголизма:

1 стадия (начальная) – характеризуется следующими симптомами: исчезновение рвотного рефлекса в состоянии выраженного опьянения, потеря количественного контроля, амнезия отдельных событий, происшедших накануне, повышение толерантности. Длительность этой стадии от 3 до 6 лет.

2 стадия (средняя) – характеризуется следующими симптомами: прием алкоголя в кругу случайных людей или в одиночку, появление раздражительности, злобности, агрессии во время опьянения, исчезновение сонливости, снижение памяти, увеличение толерантности, появляются явления абстинентного синдрома (синдром «похмелья»), который свидетельствует о появлении физической зависимости от алкоголя и проявляется следующими симптомами – гиперемией лица, тахикардией, болью в области сердца, повышением артериального давления, головокружением, потливостью, тремором конечностей, диспептическими явлениями, сухостью во рту, отсутствием аппетита, снижением настроения. Купируется это состояние употреблением спиртного.

3 стадия (конечная) – характеризуется снижением толерантности, запоями на фоне изменения психического и физического состояния, судорожным синдромом на фоне абстиненции, появляются патологические изменения внутренних органов.

Хронический алкоголизм приводит к деградации личности, которая характеризуется выраженным морально-этическим и интеллектуальным снижением. Эмоциональные нарушения выражаются в лабильности настроения, обидчивости, пессимизме, вспышках раздражения и гнева, происходит эмоциональное огрубение, снижение критики, исчезают эмоциональные привязанности, чувство долга и ответственности, появляется цинизм, склонность к плоским шуткам («алкогольный юмор»). Они часто рассказывают об интимных сторонах своей жизни, лживы, агрессивны по отношению к родителям, женам, детям. У больных снижается активность, ухудшается память, отмечается интеллектуальное снижение, которое проявляется в неспособности осваивать новое, утрачиваются интересы, кроме утилитарных, запас знаний, проис-

ходит социальная деградация, разрушаются родственные отношения. Характерной особенностью алкогольной деградации является алкогольная анозогнозия – стойкая убежденность больного в отсутствии у него патологического влечения к алкоголю. Анозогнозия представляет собой одно из проявлений нарушения самосознания. Больные не только отрицают у себя неудержимое влечение к спиртному, они уверены в том, что сами легко могут бросить пить и не осознают обстоятельств, которые приводят их к необходимости лечения от алкоголизма. В тяжелых случаях развивается алкогольная деменция, больные остаются без работы, находятся на иждивении близких, нарастает ухудшение соматического состояния, кожные покровы становятся бледными, с землистым оттенком, больные выглядят значительно старше своего возраста, утрачивают чувство собственного достоинства, появляется апатия, безразличие ко всему. Алкоголизм в детском, подростковом возрасте и у женщин отличается злокачественностью течения и приводит к личностному регрессу через 2–3 года после начала систематической алкоголизации.

**Лечение.** Общие принципы лечения больных в стационаре включают 3 компонента: психотерапия, дезинтоксикационная терапия, специфическая терапия, которая включает 2 метода:

- а) условно-рефлекторный метод лечения,
- б) средства сенсibiliзирующей терапии.

**Психотерапия** является одним из основных методов лечения алкоголизма, так как она должна сопровождать любой метод лечения. Применяют разные психотерапевтические методы и приемы: рациональную психотерапию, гипнотерапию, «кодирование», групповую психотерапию, аутогенную тренировку.

**Дезинтоксикационная терапия**, целью которой является устранение абстинентных расстройств. С этой целью применяют обильное введение жидкости (питье, парентеральное введение растворов глюкозы с малыми дозами инсулина и сердечных средств, физраствора, гемодеза, полиглюкина). Вводятся витамины группы В ( $B_1$ ,  $B_6$ ,  $B_{12}$ ), С, РР с целью нормализации окислительно-восстановительных процессов и антитоксической функции печени. Назначают ноотропы, бензодиазепиновые транквилизаторы (седуксен, феназепам) для коррекции поведения.

**Специфические методы лечения.**

1. Условно-рефлекторное лечение сводится к выработке у больного отрицательного условного рефлекса на алкоголь.

2. Сенсibiliзирующая терапия направлена на формирование повышенной чувствительности организма к алкоголю.

### **Сестринский уход при алкоголизме**

**Острый период:**

– После возникновения физической зависимости при предотвращении употребления наблюдается абстинентный синдром.

– Симптомы наблюдаются после 1–3 дней после прекращения употребления со стороны вегетативной нервной системы такие, как головная боль, тошнота, рвота, потение, бессонница, дрожание рук и пальцев и др. Позже наблюдается беспокойство, волнение, плохое настроение, раздражение, и человек может впасть в бредовое состояние, сопровождающееся нарушением сознания и визуальными галлюцинациями. С физической стороны наблюдается нарушение функции печени и нарушение питания.

– Проводится капельное вливание витаминов и препаратов, поддерживающих функцию печени. Ведется наблюдение за ЖВП, абстинентным синдромом, заболеваниями, связанными с потреблением алкоголя. Проводится капельное вливание и оказывается помощь при обследовании. В течение 2-х недель после госпитализации в основном оказывается уход за телом, направленный на облегчение беспокойств, связанных с абстинентным синдромом, решение проблем в семье и на работе, госпитализацией в психиатрическую лечебницу и ограничением сферы жизнедеятельности.

**Хронический период:**

– При абстинентном синдроме, в случае алкогольной зависимости, применяется анксиолитическое средство, в случае наркомании – препараты фенотиазинового и бензодиазепинового ряда. Необходим уход для поддержания продолжительного медикаментозного лечения.

– Для предотвращения повторного употребления человек должен уметь воздерживаться и знать о «трезвых» человеческих отношениях. В случае употребления алкоголя в отделении нельзя считать это проблемой только пациента, необходимо поддержать его в дальнейшем и регулярно проводить курс лечения.

– В лечении алкогольной зависимости широко используется цианамид. Есть пациенты, которые отказываются от употребления лекарств, в таких случаях им надо объяснять необходимость терапии и проверять употребление препарата.

– Для повышения эффективности лечения пациентам предлагают участвовать в группах самоподдержки, где пациенты общаются и решают совместные проблемы и тем самым стараются избавиться от болезни.

Период психических расстройств.

При алкогольной зависимости у пациентов наблюдается органические психические расстройства, как энцефалопатия Вернике, синдром Корсаковского и другие. При синдроме Корсаковского наблюдается амнестический синдром – расстройство памяти, дезориентация, бред. Иногда болезнь сопровождается полиневритом. Кроме соматической терапии, необходим уход по поддержанию повседневной жизни и способности самоухода.

### 3.17. Наркомания

В МКБ-10 все средства, которыми злоупотребляют больные, обозначают, как психоактивные вещества, вызывающие психические и поведенческие расстройства. Выделяют 10 групп таких веществ: алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные, снотворные, кокаин, другие стимуляторы (включая кофеин), галлюциногены, табак.

В отечественной наркологии к наркотикам принято относить только те вещества, которые включены в официальный список, утвержденный Министерством здравоохранения. Злоупотребление веществами, не внесенными в данный список, определяется как токсикомания.

С клинической и медицинской стороны подход к больным наркоманией и токсикоманией, а также принципы их терапии идентичны. Психическая и физическая зависимость, возникающая вследствие злоупотребления психоактивными веществами, отнесенными к наркотическим средствам, определяется как наркомания.

По данным ВОЗ, наркотизация населения всего Земного шара продолжает расти: только официально в мире насчитывается свыше 1 млрд. людей, употребляющих психоактивные вещества.

Синдром зависимости характеризуется:

- непреодолимой тягой к употреблению данного вещества;
- утратой контроля за дозой;
- повышением толерантности на протяжении длительного периода времени;

приема наркотика, развитием грубых соматоневрологических нарушений.

**Лечение.** Лечение начинается с полной отмены наркотика, включает купирование абстинентного синдрома и проведение дезинтоксикационной терапии (реополиглюкин в/в капельно 400–1000 мл; гемодез 300–500 мл в/в капельно; изотонический р-ра натрия хлорида – в/в капельно до 3000 мл в сутки; глюкоза 40%–20 мл; В<sub>1</sub> (тиамин) 6% до 10 мл в сутки; 5% р-р аскорбиновой кислоты в/в медленно 5–10 мл на 40% глюкозе; В<sub>6</sub> – 1–2 мл 5% р-р; 1% р-р витамина РР (1–2 мл); 25% р-р магнелии на 40% глюкозе; 10 мл 30% р-ра тиосульфата натрия на 40% глюкозе; 5–10 мл 5% р-ра унитиола).

**Гемодиализ** – с использованием аппарата «искусственная почка», как неотложная помощь при лечении отравлений (передозировка).

**Гемосорбция** – фильтрация крови через колонку с гемосорбентом и дальнейшей интравазальной реинфузией с использованием катетеризации вены и артерии.

**Плазмаферез** – заключается в эксфузии 500–1000 мл крови, отделении форменных элементов от плазмы, возврате форменных элементов в кровяное русло и удалении плазмы. Плазмозамещение осуществляется адекватными объемами кристаллоидных растворов.

На ночь рекомендуют аминазин или тизерцин, 2,5% по 2 мл в/м. Раздражительность, тревогу снимает сонапакс, при дисфории – амитриптилин, людюмил. При выраженной астении – элеутерококк и т.д. Иногда назначают транквилизаторы – феназепам, диазепам. Применение ноотропов – пирацетам в/в или в/м 3,0–4,0 г в сутки. При коме – 10,0–15,0 г в сутки. При суставных болях – трамал, реопирин, при болях во внутренних органах – диколин, ридиол. Акупунктура, ванны, массаж.

### 3.18. Токсикомания

Токсикомания – заболевание, вызванное злоупотреблением веществами, не включенными в государственный список наркотиков, проявляющиеся психической и физической зависимостью от них. Основное различие между наркотиками и токсическими веществами заключается в отсутствии у последних юридического критерия. Однако с медицинской точки зрения, подход к этим болезням и принципам их лечения одинаковый.

### Классификация токсикомании:

- токсикомания, обусловленная злоупотреблением транквилизаторами и снотворным;
- токсикомания, вызванная злоупотреблением психостимуляторами;
- токсикомания, вызванная злоупотреблением атропинодержавших средств, антигистаминных препаратов, циклодола;
- токсикомания, вызванная вдыханием летучих органических растворителей.
- Никотиномания;
- Политоксикомании.

Формы злоупотребления токсическими веществами, при которых еще не сформировалась зависимость от них, не являются болезненными состояниями и определяются как аддиктивное поведение. Аддиктивным поведением (addiction – пагубная привычка, порочная склонность) называют злоупотребления различными веществами, изменяющими психическое состояние до того, как сформировалась зависимость. В этом случае требуются меры воспитательного характера.

Факторы риска перехода аддиктивного поведения в болезнь можно разделить на три группы: биологические, психологические и социальные.

Биологические факторы – это наследственная отягощенность, резидуально-органические поражения головного мозга, хронические болезни печени с нарушением ее дезинтоксигирующей функции. Среди токсикоманов большой процент лиц с акцентуацией характера по возбудимому, неустойчивому типу, что дает основание относить именно эти типы акцентуации к психологическим факторам риска токсикомании.

Доступность вещества, «мода» на него в соответствующей группе, степень ответственности – социальные факторы риска токсикомании.

Токсикомания распространена еще более широко, чем наркомания, особенно среди подростков и молодежи. Если же учесть число курильщиков табака, то можно считать, что токсические вещества употребляет значительная часть населения нашей страны.

### **Никотинизм (табачная зависимость)**

Первое знакомство европейцев с табаком произошло в конце XV в., когда Колумбу в числе подарков индейцы Америки преподнесли сушеные листья дикорастущих растений «Петиум».

В середине XVI в. табак распространился во Франции, чему способствовал французский посланник Жан Нико, который первым в Европе вырастил табак из семян, высланных ему моряками Колумба. В середине 30-х гг. XVIII в. Карл Линней, создавший классификацию животного и растительного мира, присвоил табаку название «никотин» в честь Жана Нико, а действующее вещество листьев табака назвал никотином. Никотин – психофармакологическое вещество, оказывающее психотропное действие: успокаивает, выравнивает настроение, снижает страх и напряжение.

Никотин стимулирует гипоталамические центры удовольствия, что является одной из причин пристрастия к нему. Концентрация никотина 0,5 мг на 1 м<sup>3</sup> воздуха в закрытом помещении опасна для здоровья не только курильщика, но и всех, находящихся в нем. Такая концентрация создается в комнате объемом 100 м<sup>3</sup> от выкуривания 8 сигарет.

**Критерии острой интоксикации:** бессонница, причудливые сновидения, эмоциональная неустойчивость, явление дереализации, снижение умственной продуктивности, тошнота, рвота, профузное потоотделение, тахикардия, сердечная аритмия.

Через 2–3 минуты после вдыхания табачного дыма никотин оказывает действие на головной мозг, выражающееся в кратковременном повышении его активности, что субъективно воспринимается курильщиком как приток новых сил, чувство приподнятости и успокоения. Это действие непродолжительно и вслед за ним вскоре активность и настроение снижаются и курящий стремится к следующей сигарете. При тяжелой степени интоксикации может возникнуть летальный исход. Никотин обладает высокой степенью наркогенности: 85% людей, выкуривших первую сигарету, в последующем становятся курильщиками. Кажущийся подъем энергии, улучшение самочувствия, успокоенность закрепляются в сознании курильщика и переходят в условный рефлекс. Курящий уверен, что без табака он не может нормально работать и жить, т.е. становится зависимым от табака. Постепенно формируется абстинентный синдром.

Подавляющее большинство испытывают последствия психической зависимости, основной синдром которой – страстное желание закурить, а также напряженность и раздражительность. Физическая зависимость проявляется следующими симптомами: недомогание, слабость, дисфория, бессонница, раздражительность, сильный кашель, нарушение внимания, повышение аппетита, изъязвление полости рта, периодически

возникающий озноб (продолжительность от 3 дней до 2-х недель).

Для снятия синдрома рекомендуют физические упражнения. Из-за вреда здоровью не только курильщиков, но и пассивных курильщиков курение является проблемой не только медицинской, но и социальной.

### **3.19. Органические психические расстройства**

#### **Определение.**

– Группа психических расстройств, у которых общая четкая этиология, заключающаяся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции.

– Возникновение вторичных психических симптомов вследствие общих заболеваний, кроме поражений мозга, или же вследствие злоупотребления лекарственными и химическими препаратами является симптоматическим психическим расстройством.

Так как в обоих случаях похожие психические симптомы, их называют «органическими психическими расстройствами».

**Причины.** ЧМТ, сосудистые заболевания головного мозга, новообразования (опухоль) головного мозга, метаболические и дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и Паркинсона), ВИЧ-инфекция, нейросифилис, другие инфекционные заболевания такие, как энцефалит, мультиинфарктная деменция.

**Черепно-мозговая травма.** Травматическое поражение головного мозга – довольно распространенная патология; оно регистрируется у каждого четвертого человека на тысячу населения.

**Основные симптомы.** Нарушение сознания: в основном наблюдаются спутанность, бред, аменция, сумеречное состояние.

**Бред (делирий).** Состояние, когда степень спутанности сознания очень высокая и периодически меняется. Не в состоянии правильно воспринимать окружающее и отвечать.

**Аменция.** Степень спутанности сознания легче, чем состояние бреда, но сумеречное состояние более выражено и наблюдается сильное состояние смятения (запутанности).

**Сумеречное состояние сознания.** Трудно выявить явные симптомы спутанности сознания, речь и поведение близкое к нормальному состоянию. Но способности сознания узкие и

иногда человек может вести себя странно. Также может не помнить свои поступки (амнезия).

**Смятение (запутанность).** Состояние спутанности сознания не очень тяжелое, но нет определенности в мышлении, речи и поведении.

– Расстройство личности: амнестический синдром, развивающийся со временем (снижение способности к запоминанию, дезориентация, амнезия, выдумка и др.);

– Афазия, агнозия, апраксия и др.;

– Как следствие болезни наблюдается: снижение способности самоконтроля, апатия и снижение силы воли, эмоциональное беспокойство, снижение нравственных чувств, умственной способности, травматическая эпилепсия и др.

Для проведения лечения медсестра должна наблюдать и проанализировать влияние симптомов на повседневную жизнь.

**Лечение, последствия.**

– Медикаментозное лечение, лечение инфекции, лечение против дисфории и возбужденного состояния (транквилизаторы, лечение судорог и др.).

– Психотерапия.

– Реабилитация душевного и физического состояния (физическая культура, физиотерапия, логопедия, инструктирование по жизнедеятельности и др.).

**Диагноз, прогноз.**

– Наличие в анамнезе ЧМТ или других причин.

– Нарастающий в течение ряда лет астенический симптомокомплекс (церебрастенический синдром).

– Присоединение других психических расстройств: фиксационная и прогрессирующая амнезия, снижение способности к концентрации внимания, интеллектуальное снижение, аффективные колебания (депрессии, дисфории), иногда судорожные пароксизмы.

## Сестринский уход

1. Сестринский уход при нарушении сознания.

– наблюдение за степенью нарушения сознания, своевременно информировать врача об изменениях в состоянии больного:

а) Профилактика инцидентов:

– поднять прикроватные решетки и тщательно закрепить их;

– постелить мягкую ткань, чтобы пациент не повредил голову;

– транспортировку осуществлять осторожно, подложив под голову что-нибудь мягкое и зафиксировав ее валиками из вещей;

– усилить надзор в ночное время;

## 2. Помощь в повседневной жизни:

После перехода временных симптомов острого периода может наблюдаться изменения характера (изменения личности), снижение умственных способностей, нарушение памяти и др. Необходимо:

а) создать условия для того, чтобы пациент мог успокоиться;

б) наблюдать за обстоятельством жизнедеятельности (гнев, крик, повтор одних и тех же непонятных жалоб, забывчивость) и оценить уровень самоухода;

в) узнать причины, вызывающие неадекватное поведение. Например: из-за чего кричит, почему хочет слезть с кровати (завязан и не может сказать, что хочет в туалет, самовольно хочет слезть с кровати и др.).

г) уход (частичная помощь или только руководство) в повседневной жизни: питание, купание, гигиена и др. Особенно прием жидкости (наблюдать за приемом и выделением жидкости);

д) следить за режимом дня и режимом приема пищи;

е) при возникновении инцидентов урегулировать межличностные отношения;

ж) поддерживать общение с пациентом и стараться не задевать его самолюбие;

з) не указывать на деменцию и забывчивость пациента, не критиковать его;

и) во избежание неприятностей можно посоветовать вести дневник или хранить вещи только в определенных местах.

## 3. Помощь в социальной реабилитации:

– Для возвращения в обычный ритм жизни предложить упражнения для восстановления функций и участие в оздоровительно-развлекательных программах.

– Обсудить с больным его состояние, посоветовать, как можно справиться с этими переживаниями.

– Обсудить социальную реабилитацию вместе с пациентом, семьей, врачом и прикрепленным медработником, тем самым определить всевозможные способы помощи пациенту.

– Инструктаж с семьей по выписке пациента из клиники.

– Привлечь больного к психосоциальной группе, где его информируют о проявлениях психических расстройств.

– Обсудить вместе с членами семьи и друзьями пациента о приеме и использовании социальной поддержки и ресурсов.

---

---

## **РАЗДЕЛ 4**

### **ЧЕЛОВЕК С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЕГО МЕСТО В ОБЩЕСТВЕ**

#### **4.1. Реабилитация психически больных**

**Реабилитация, или восстановительное лечение** – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

##### **1. Полное восстановление человека в правах.**

Психическая болезнь приводит к госпитализации и предвзятому отношению окружающих, что лишает человека тех прав, которые имеются у любого человека и гражданина. Реабилитация подразумевает повторное восстановление прав, которыми должен быть наделен любой человек, то есть «полное восстановление человеческих прав: овладение правами человека».

##### **2. Первичные, вторичные, третичные расстройства.**

Цели психиатрической реабилитации:

- помочь больному стать независимым (самостоятельным) или получать необходимую поддержку;
- помочь больному стать функционально полноценным членом общества, насколько это возможно.

Восстановление статуса человека в обществе также является реабилитацией, то есть восстановление прав человека.

#### **Принципы психиатрической реабилитации** **М.М. Кабанова (1978)**

- Принцип единства биологических и психосоциальных воздействий;
- Принцип разносторонности усилий и воздействий в реабилитационной программе, включающей, кроме медицинской, также психологическую, семейную, профессиональную, общественную сферу;

– Принцип партнерства врача и больного в реабилитации (командный способ). Все лечебно-восстановительные меры обращены к личности и опосредуются ею, построены на доверительных отношениях между больным и врачом и всем медицинским персоналом.

– Принцип ступенчатости воздействий и мероприятий, предусматривающий постепенный переход от одной формы воздействия (более простой) к другой, более сложной, от одного лечебно-восстановительного режима к другому. Необходимо оказывать необходимую помощь в соответствии с каждым этапом восстановления, нацеленную на социальную реабилитацию больного.

Понятие психических расстройств:

1. Первичные расстройства: расстройства психической функции (расстройства эго-границы, мышления, настроения и др.).

2. Вторичные расстройства: госпитализм и другие нарушения образа жизни.

3. Третичные расстройства: социальные неудобства (дискриминация и др.).

Реабилитация оказывает влияние на все вышеуказанные три пункта.

**Этапы реабилитации (М.М. Кабанов):**

1. Восстановительное лечение;

2. Реадаптация;

3. Реабилитация.

**Задачи реабилитации (М.М. Кабанов)**

Задачей **первого этапа** – восстановительного лечения – является предупреждение формирования психического дефекта, инвалидизации, так называемого госпитализма, наблюдавшегося в неправильно организованной больничной среде, а также устранение или уменьшение этих явлений. Эту задачу решают путем биологической терапии с психосоциальными мероприятиями (лечение средой, занятость, развлечение, психотерапия).

На **втором этапе** – реадаптация – задача заключается в развитии возможностей приспособления больных к условиям внешней среды. Возрастает роль трудотерапии, возможно переобучение больного с приобретением новой профессии.

На **третьем этапе** – реабилитация в прямом значении данного слова – в качестве основной задачи выдвигается восстановление больного в его правах. Необходимо изучение быта, работы и его трудоустройства. Эффективность реабилитацион-

ной системы значительно повышается при ее применении не только в стационаре, но и полустационарах и в психоневрологических диспансерах. Такая система реабилитации на всех этапах психиатрической службы логически вытекает из сущности самой реабилитации, так как ее конечной целью является возвращение больного (или инвалида) в общество.

#### **Последствия длительной госпитализации:**

##### **1. Ухудшение жизненных способностей.**

Среди госпитализированных пациентов  $3/4$  части составляют пациенты с длительностью госпитализации больше 1 года, около половины пациентов находятся в больнице больше 5 лет. Обычно, если период госпитализации превышает 1 год, то резко уменьшается вероятность выписаться из больницы.

##### **2. Госпитализм.**

– Вся жизнь проходит в одном месте под единым руководством.

– Каждодневная деятельность осуществляется вместе с остальной группой, со всеми обращаются одинаково, все занимаются одним и тем же.

– Дневной график расписан, четко установлена система и правила.

– Предусмотрено, что любая принудительная деятельность служит в интересах данного учреждения и для достижения ее целей.

Например: дом для престарелых, санаторий, армия, тюрьма, туберкулезный диспансер.

Термин начал применяться в начале 1950-х годов в области психиатрической медицины. Длительная жизнь внутри лечебного учреждения приводит к таким психическим состояниям, как монотонность эмоций, безразличие, закрытость, аутическое состояние, потеря ощущения реальности. В результате объект становится пассивным и превращается в «человека, привыкшего к больнице», «человека, не создающего проблемы». Это называется «психические пролежни».

#### **Профилактика и меры против госпитализации:**

1. Контакт с внебольничным миром (человеческий контакт). Свидание с родными, знакомство с медсестрами-практикантками.

2. Насыщенность повседневной жизни. Исключать однообразный распорядок дня и позаботиться о том, чтобы пациент имел возможность самостоятельно планировать свои действия. Планирование и участие в клубной деятельности и мероприятиях.

3. Условия, в которых уважаются человеческие права. Ограничивающая среда легко порождает насилие и жестокое обращение. Необходимо создать условия, исключающие издевательство над слабыми и позволяющие немедленно пожаловаться в случае обнаружения факта издевательства.

4. Человеческое взаимодействие медсестры. Сам процесс взаимодействия производит лечебный эффект. При настоятельном уговаривании медсестры пациент соглашается принять ванну, выражает ранее отсутствовавшие скрытые эмоции и т.д.

5. Выявление самоконтроля и самоопределения. У пациента должна быть своя тумбочка и личные вещи, обеспечиваться конфиденциальность. Совместно обдумать способы самостоятельного контроля личных предметов – мелочь и монеты, сладости, сигареты и т.д.

6. Применение лекарственных средств и наблюдение. Наблюдать за наличием жизненных расстройств: высыпание, общая слабость, апатия, снижение физической активности и т.д.

7. Благоприятно воздействующая среда. Условия с наличием раздражителей, ощущаемых посредством функций органов чувств – зрения, слуха, обоняния; холод и тепло, цвет стен и мебели, голоса людей различного возраста, сезонные цветы, беседа на новостные темы и т.д.

#### **Места реабилитации:**

1. Лечение (стационар, поликлиника, диспансер, санаторий).

2. Жизнь (семья, друзья, общение, развлечение, община).

3. Профессия (сотрудники).

#### **Виды реабилитационных программ и условия проведения:**

1. Стационарная программа.

2. Дневной стационар.

3. Амбулаторная программа.

4. Домашняя программа.

5. Реабилитационные центры.

**Стационарная программа.** Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинскими работниками. Эти программы обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

**Дневной стационар.** Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома,

а в клинике находится только на время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

**Амбулаторная программа.** Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках. Пациент находится в отделении поликлиники только на время проводимых реабилитационных мероприятий, например, массажа или лечебной физкультуры.

**Домашняя программа.** При осуществлении этой программы пациент все лечебные и реабилитационные процедуры принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.

**Реабилитационные центры.** В них пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают необходимые лечебные процедуры.

## **4.2. Специалисты, задействованные в психиатрии**

В процессе лечения пациента задействовано множество специалистов, поэтому в целях координации общих усилий необходимо периодически проводить командные обсуждения. Эта работа проводится и на уровне отделений, но не следует забывать о пациентах, которые неоднократно госпитализируются и выписываются, получая длительное лечение в общине. Для оказания помощи таким пациентам необходимо работать совместно с командой по амбулаторному лечению, проводить обсуждения с момента госпитализации вплоть до выписки или при повторной госпитализации, важно предоставить в отделение информацию о том, какое лечение и уход получал пациент в общине.

Медсестра непосредственно участвует в повседневной жизни пациента в течение 24 часов, поэтому у нее наиболее удобная позиция для оценки слаженности совместной работы всех специалистов, что позволяет медсестре в той или иной ситуации выполнять роль координатора.

### **Специалисты, задействованные в оказании психиатрической помощи в Узбекистане, и их роль**

1. Психиатр.
2. Психотерапевт. В основном занимается психотерапией.
3. Клинический психолог. Занимается консультированием.

сможет осознанно воспринимать факт болезни своего родственника, ей самой необходимо определенное время.

Исходя из принципа семейной системы, для оказания помощи пациенту необходимо воздействовать на его семью, для оказания помощи семье нужно помочь больному. Другими словами, необходимо рассматривать семью как единый механизм и наблюдать за взаимодействием членов семьи. Следовательно, помощь семье напрямую связана с помощью, направленной на пациента.

Пациент после госпитализации опять возвращается в общину. При этом всю необходимую помощь и поддержку пациенту должна оказывать семья. Поэтому важно оказать семье душевнобольного необходимую помощь и психологическую поддержку для того, чтобы она могла решать возникающие проблемы и знала, как и какую помощь оказывать больному в повседневной жизни.

#### **Социальная поддержка семьи душевнобольного:**

1. Группы самопомощи.
2. Общество семей.
3. Школы семей.
4. Психологическое обучение.

Социальная помощь членам семьи больных психическими заболеваниями. Одной из самых уязвимых категорий населения являются инвалиды. Правовая основа для оказания помощи инвалидам в стране существует в виде Закона Республики Узбекистан «О социальной защите инвалидов» и «Государственной программы реабилитации инвалидов». Особое внимание в этой программе уделено созданию равных возможностей для инвалидов.

В стране успешно функционируют такие общественные организации, как Узбекское общество инвалидов, Узбекское общество слепых, Узбекское общество глухих и др. Эти общества организуют на своих предприятиях труд инвалидов и создают им возможность не только получить дополнительные доходы, но и приобщиться к трудовой деятельности, почувствовать себя нужными обществу, что имеет неопределимый, но реальный эффект.

#### **Практика оказания помощи в общине.**

Пример системы поддержки душевнобольных, проживающих в общине:

– материальная и моральная поддержка со стороны представителей махаллинского совета;

- материальная и моральная поддержка со стороны жителей махалли;
- физическая и моральная помощь со стороны учащихся средних и высших учебных заведений;
- материальная поддержка со стороны предпринимателей;
- материальная поддержка со стороны государственных и частных организаций и т.д.;

### **Задачи психиатрического ухода в Узбекистане**

1. Способствовать более широкому осознанию важности психического здоровья.

2. Обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях.

3. Выполнение новых функций и обязанностей в соответствии с новыми ценностями, отношениями, знаниями и навыками.

4. Осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей.

5. Признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб.

---

---

## ГЛОССАРИЙ

*Абстиненция* – совокупность сомато-вегетативных и психических расстройств, развивающихся после прекращения приема (введения) психоактивных веществ и купируемых их повторным принятием.

*Абулия* – отсутствие волевых побуждений, стремления к деятельности.

*Автоматизм психический* – переживание отчужденности своих психических актов.

*Агнозия* – утрата способности к узнаванию предметов.

*Агорафобия* – страх открытых пространств.

*Агрессивность* – форма инстинктивного поведения, проявляющаяся желанием причинить кому-либо ущерб.

*Акинезия* – обездвиженность.

*Алкоголизм* – заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков; проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности.

*Амнезия* – утрата памяти на события определенного промежутка времени.

*Анестезия (гипостезия)* – выпадение (ослабление) одного или нескольких видов чувствительности.

*Анорексия* – ослабление или отсутствие чувства голода.

*Антропофобия* – страх толпы.

*Апатия* – состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия.

*Апраксия* – утрата двигательных навыков.

*Аура* – кратковременный пароксизм (вегетативный, сенсорный, моторный, психический), являющийся начальной стадией эпилептического припадка.

*Аутизм* – погруженность в мир собственных переживаний, проявляющаяся отсутствием стремления к общению, деятельности, познанию окружающей действительности.

*Возбуждение истерическое* – демонстративное, чрезмерно выразительное, полиморфное двигательное возбуждение (часто психогенной природы).

*Возбуждение маниакальное* – двигательное возбуждение, проявляющееся чрезмерным стремлением к деятельности с незаконченностью и немотивированными переходами от одного его вида к другому.

*Возбуждение эпилептическое (эпилептиформное)* – двигательное возбуждение, развивающееся на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

*Гипертимия* – повышенное настроение.

*Гипобулия (понижение волевой активности)* – ослабление побуждений.

*Гипокинезия* – двигательная заторможенность.

*Гипотимия* – сниженное настроение.

*Деменция* – приобретенное слабоумие.

*Деперсонализация* – расстройство самосознания, проявляющееся переживанием измененности собственных психических процессов.

*Дефектные состояния* – стойкие психопатологические изменения, возникающие вследствие перенесенных психических заболеваний.

*Дисмнезия* – расстройства памяти.

*Дистимия* – снижение настроения, сочетающееся с раздражительностью.

*Дисфория* – выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно-агрессивным аффектом.

*Достоинство* – категория этики, понятие морального сознания. Выражает представление о ценности личности и отражает моральное отношение человека к самому себя и общества к этому человеку.

*Здоровье* – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ, 1946). «Здоровье – динамическая гармония личности и окружающей среды, достигнутая посредством адаптации».

*Идеал-Я (Сверх-Я)* – «высшая психическая инстанция», контролирующая социальное поведение индивида.

*Идентификация* – форма психологической защиты, характеризующаяся отождествлением собственных личностных особенностей с таковыми у других лиц.

*Иллюзия* – ошибочное восприятие объекта:

*Иллюзии аффективные* – возникают на фоне страха, тревоги.

*Иллюзии вербальные* – слуховые иллюзии.

*Импульсивные явления* – внезапно и неотвратимо (без «борьбы мотивов») реализуемые действия или влечения.

*Качество жизни* – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

*Качество медицинской помощи* – совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам качества медицинской помощи, установленным органом исполнительной власти в области здравоохранения и потребностям пациента.

*Клаустрофобия* – боязнь закрытых помещений.

*Коммуникация* – коммуникация употребляется в широком смысле как общение. Подразумевает, что в ходе общения люди убеждаются, что их разделяет и роднит, в чем они различны и неповторимы. Коммуникация позволяет установить атмосферу понимания и доверия между пациентом, его родственниками и медицинской сестрой. Умение общения, коммуникации – важный компонент в работе сестринского персонала, показатель уровня его профессионализма.

*Концептуальная модель сестринского дела* – остов или структура, которая основана на философии сестринского дела, включает в себя четыре фундаментальных понятия: 1) пациент, 2) сестринское дело, 3) окружающая среда, 4) здоровье и разработана в качестве руководства для учебного плана или практики.

*Копинг-механизмы (копинг-поведение)* – осознанные действия, направленные на адаптацию, путем активного изменения своего поведения в конфликтной ситуации.

*Либи́до* – совокупность «жизнеутверждающих» инстинктов (в узком смысле слова – половое влечение).

*Личность* – синоним понятия «характер».

*Медицинская этика* – к числу базисных принципов био-медицинской этики относятся принципы: автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости. Принцип автономии – уважение личности пациента, признание права на самостоятельность и свободу выбора. Принцип непричинения вреда предполагает не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Принцип благодеяния за-

ключается в обязанности медицинского персонала действовать в интересах пациента.

*Милосердие* – готовность оказать помощь, проявить снисхождение из сострадания, человеколюбия, а также сама помощь, снисхождение, вызванное такими чувствами.

*Мутизм* – неспособность к речевому общению (при сохранности «речевого аппарата»).

*Настроение* – устойчивое эмоциональное состояние.

*Навязчивые идеи (обсессии)* – непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»).

*Навязчивые влечения (мании)* – обсессии, проявляющиеся стремлением к совершению бессмысленных, иногда опасных, поступков.

*Нарушение восприятия времени* – ощущение изменения скорости и плавности течения времени.

*Негативизм* – немотивированное противодействие любому воздействию извне.

*Нозофобия* – навязчивый страх тяжелого заболевания.

*Оксифобия* – боязнь острых предметов.

*Окружающая среда* – совокупность физических, химических, биологических характеристик, а также социальных факторов, способных оказывать прямое или косвенное, немедленное или отдаленное воздействие на живые существа и деятельность человека.

*Пациент* – лицо, обратившееся за медицинской помощью, получающее медицинскую помощь и связанные с ней услуги независимо от наличия или отсутствия у него заболевания. Помимо больного человека, сестринский процесс может рассматривать в роли пациента семью, группу людей, социальную группу, часть общества и общество в целом.

*Полидипсия* – неутолимая жажда.

*Полифагия* – поедание несъедобных веществ.

*Права пациента* – установленный законодательством и защищаемый принудительной силой государства перечень возможных видов (моделей) поведения и требований лица, обратившегося за медицинской помощью или получающего медицинскую помощь.

*Проблема* – применительно к сестринскому процессу – диагностированное медицинскими работниками и/или осознаваемое пациентом несоответствие между существующим на данный момент уровнем адаптации пациента к ситуации, свя-

занной со здоровьем, и наилучшим уровнем, достижимым в данной ситуации, при применении всех доступных знаний и методов (Самойленко В.В., Чернов В.Н., 2000). В зависимости от того, кто определяет проблему (медработники или пациент), проблемы подразделяются на объективные и субъективные.

*Проекция* – форма психологической защиты, проявляющаяся переносом эмоционально значимых переживаний вовне.

*Психическое здоровье* – удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и примерное социальное поведение (К. Meninger). Психическое здоровье – позитивное состояние, обуславливающее ответственность, самоконтроль, самосознание и социально одобряемое поведение. Это одно из важнейших составляющих общего здоровья.

*Психическая норма* – понятие о психической норме не может быть однозначным. Оно многогранно, обусловлено культуральными, социальными, религиозными и философскими воззрениями конкретного общества.

*Психодинамика* – одна из психоаналитических теорий, описывающих человеческое поведение и мотивацию.

*Психологическая аутопсия* – посмертная оценка поведения человека, обусловившего суицид.

*Психические автоматизмы* – переживание отчуждения своих психических актов (идеаторных, сенсорных, моторных).

*Рационализация* – форма психологической защиты, проявляющаяся стремлением к «разумному» объяснению собственных, неправильных или бессознательных действий.

*Регрессия* – «возвращение» к более инфантильному реагированию.

*Ритуалы* – навязчивые действия, сочетающиеся с фобиями и имеющие значение защиты от них.

*Сверхценные идеи* – аффективно окрашенные, доминирующие (не соответствующие их значимости) суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»).

*Сестринский диагноз* – определение, формулировка нарушенных потребностей, существующих и потенциальных проблем, связанных со здоровьем, их причин и проявлений, которые распознала медицинская сестра у конкретного человека, семьи или коллектива. «Сестринский диагноз – состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное, установленное в результате проведенного сестрой обследования и требующее

вмешательства со стороны сестры» (Карлсон, Крафт, Мактьюре, 1982). «Сестринский диагноз – это клинический диагноз, устанавливаемый профессиональной сестрой и характеризующий существующие или потенциальные проблемы здоровья пациента, которые сестра вследствие полученного ею образования и приобретенного опыта может и имеет право лечить» (Гордон, 1976). PES-формат сестринского диагноза (Гордон, 1987) – это три существенных компонента диагноза: «Р» – указывает на проблему, связанную со здоровьем; «Е» – представляет собой этиологию проблемы, а «S» описывает совокупность признаков и симптомов (определяющие характерные черты). Эти три части объединяются в одну формулировку с помощью связующих слов. Т.е., проблема ..., связанная с ... подтверждаемая ... . Например: Высокий риск поведения с проявлениями насилия, направленного на себя (Р), связанный с императивными галлюцинациями (Е), подтверждаемый активными настойчивыми суицидальными действиями (S).

*Сестринская диагностика* – распознавание нарушенных потребностей, существующих и потенциальных проблем пациента, семьи, коллектива и причин их возникновения. Современный стандарт сестринской практики требует, чтобы помощь каждому пациенту была основана на методологии сестринского процесса и сестринской диагностики.

*Сестринская история болезни* – медицинский документ, в котором регистрируется работа медицинской сестры, выполнение ею всех пяти этапов сестринского процесса. Во многих странах мира является юридическим документом, наряду с врачебной историей болезни. В Великобритании, сестринская история болезни хранится вместе с врачебной историей болезни и доступ к ней медработников не ограничен.

*Сестринский процесс* – одно из основных и неотъемлемых понятий современного сестринского дела. Термин был впервые введен в США Лидией Холл в 1955 г. В 1966 г. В. Хендерсон идентифицировала сестринские действия как независимое функционирование и установила, что сестринский процесс использует те же самые стадии, что и научный метод. Цели сестринского процесса: 1) идентификация потребностей пациента в уходе; 2) определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей или результатов ухода; 3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение нужд пациента; 4) оценка эффективности сестринского ухода.

*Сестринский процесс* – это термин, применяемый к системе характерных видов сестринского вмешательства в сфе-

ре охраны здоровья отдельных людей, их семей и/или групп населения. Конкретно он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных потребностей пациента/клиента/семьи или общества и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода. Сюда также входит планирование мер по удовлетворению данных потребностей, организации ухода и оценке результатов. Сестра в сотрудничестве с другими членами бригады здравоохранения, пользующимися уходом людьми или их группами определяет задачи, их первоочередность, вид необходимого ухода и мобилизует необходимые ресурсы. Затем она прямо или косвенно оказывает сестринскую помощь. После этого она проводит оценку полученных результатов. Информация, полученная при оценке результатов, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств в аналогичных ситуациях сестринского ухода. Таким образом, сестринское дело превращается в динамичный процесс собственной адаптации и совершенствования (среднесрочная программа ВОЗ по сестринскому делу и акушерству в Европе).

*Синдром* – типичная совокупность патогенетически родственных симптомов:

*Синдром амнестический (корсаковский синдром)* – расстройство, проявляющееся разнообразными мнестическими нарушениями (фиксационная, ретро- и антероградная амнезия, конфабуляции) на фоне эйфории.

*Синдром астенический* – невротический синдром, проявляющийся повышенной психической и физической истощаемостью, различными висцеро-вегетативными расстройствами и нарушениями сна.

*Синдром делириозный («галлюцинаторное» помрачение сознания)* – форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройствами аллопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

*Синдром депрессивный* – вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления («депрессивная триада»).

*Синдром ипохондрический* – расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

*Синдром истерический* – невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и (или) диссоциатив-

ных расстройств на фоне специфических особенностей личности.

*Синдром кататонический* – расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений (в форме гипо-, гипер- и паракинезий) с разнообразными психопатологическими проявлениями.

*Синдром маниакальный* – аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расторможенностью и ускорением мышления («маниакальная триада»).

*Синдром онейроидный* («сновидное» помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

*Стереотипии* – многократное автоматическое повторение одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных).

*Страх* – выраженная немотивированная тревога.

*Ступор* – состояние двигательной заторможенности.

*Сублимация* – форма психологической защиты, при которой инстинктивные влечения, неприемлемые для сознания, направляются на социально- и личностно-допустимые цели.

*Субституция* – форма психологической защиты, при которой недостижимые и (или) неприемлемые цели заменяются реальными.

*Сурпрессия* – сознательный контроль над неприемлемыми побуждениями.

*Терапевтическая среда стационара* – на современном этапе развития психиатрии в понятие «терапевтическая среда» различными авторами вкладывается различное содержание. Это отражается и в различии терминологии: «терапия средой», «лечебная среда», «терапевтическое сообщество». Концепция «терапевтического сообщества», предложенная английскими психиатрами Мэйном и Джонсом в 1946–1948 гг., в широком смысле может рассматриваться как организационный базис для психиатрического отделения, в рамках которого возможно эффективное применение самых различных методов лечения, как биологических, включая медикаментозные, так и психосоциальных.

*Тревога* – немотивированное беспокойство.

*Тугоподвижность* (обстоятельность, вязкость) мышления – инертность ассоциативного процесса.

*Удовлетворение* – мысль (действие), снимающая эмоциональное напряжение.

*Фобии* – навязчивые страхи.

*Фобифобия* – навязчивое опасение возникновения новых фобий.

*Фонемы* – элементарные речевые галлюцинации.

*Фотопсии (фосфены)* – элементарные зрительные галлюцинации.

*Эго (Ид)* – понятие, характеризующее «разумную» («инстинктивную») деятельность.

*Эго-анализ* – направление в психоанализе, рассматривающее защитные психологические механизмы.

*Эйфория* – повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием.

*Экстаз* – крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

*Эмоциональная лабильность (неустойчивость)* – легкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений.

*Эмоциональная монотонность* – отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения.

*Эмоциональное оскудение* – утрата способности к тонким и адекватным происходящему эмоциональным реакциям.

*Эмоциональная парадоксальность* – ослабление адекватных происходящему эмоциональных реакций в сочетании с их оживлением на незначительные (случайные) обстоятельства.

*Эмоциональная слабость (слабодушие)* – резко выраженная эмоциональная лабильность.

*Эмоциональная холодность (тупость)* – утрата «эмоционального отклика» (способности к сопереживанию).

---

---

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *В.Ф. Матвеев*. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Москва, «Медицина». 1989.
2. *Г.В. Морозов, В.А. Ромасенко*. Нервные и психические болезни. Москва «Медицина». 1987.
3. *В.А. Медик, В.К. Юрьев*. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть I. Москва, «Медицина». 2003.
4. *В.А. Медик, В.К. Юрьев*. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть II. Москва, «Медицина». 2003.
5. *Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина*. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, «Медицина». 2002.
6. *И.Г. Малкина-Пых*. Справочник практического психолога. Москва, «Медицина». 2006.
7. *Ю.Ю. Елисеева*. Психосоматические заболевания. Полный справочник. Москва, «Медицина». 2003.
8. *И.Г. Малкина-Пых*. Психосоматика. Справочник практического психолога. Москва, «Медицина». 2005.
9. *Л.Ф. Бурлак, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко*. Психотерапия. Издательский дом «Питер». 2003.
10. *А.А. Александров*. Психотерапия. Издательский дом «Питер». 2003.
11. *А.Н. Романин*. Основы психотерапии. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2004.
12. *В.В. Марилов*. Частная психопатология. Москва. «Академия». 2004.
13. *Дегучи Сачико*. Основы развития эмоций и сестринского ухода, «Насингу Гурафика Медика», Япония. 2004.
14. *Дегучи Сачико*. Нарушение жизнедеятельности и осуществление сестринского ухода, «Насингу Гурафика Медика», Япония. 2004.
15. *Онодера Моринори*. Теория ухода Орема, Основные понятие в осуществлении сестринского ухода, Т. 34. «Игаку-Шёин ЛТД». 2005.

16. ВОЗ. Международная классификация болезни. Нарушение психики и поведения – Клиническое описание и рекомендация диагноза.
17. *А.Г. Чернявская*. Психотерапия шаг за шагом. Минск. Тетра Системс. 2005.
18. *С.А. Лытаев*. Физиология психической деятельности человека. В.И. Шостак. Санкт-Петербург. 1999.
19. *Б. Грант*. Старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера и другие формы. Санкт-Петербург. «Норинт». 2003.
20. *С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина*. Нервные и психические болезни. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2004.
21. *С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина*. Нервные и психические болезни. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2005.
22. *М.М. Чеканова*. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии. Ростов-на-Дону. «Наука-Пресс». 2006.
23. Интернет-данные.

---

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	3
<b>Раздел 1. Введение в «Психологический уход» (Основы и особенности) .....</b>	<b>5</b>
1.1. Понятие о предмете «Психологический уход».....	5
1.2. Краткий очерк истории психологии и психиатрии .....	7
1.3. Настоящее положение в психиатрии в Узбекистане.....	11
1.4. Психотерапия, психопрофилактика и психогигиена .....	14
1.5. Жизнь человека с психическим расстройством .....	16
1.6. Медицинское и психологическое обследование и сестринский уход.....	20
1.7. Виды лечения в психиатрии .....	25
1.8. Этика медсестры психиатрического отделения .....	30
1.9. Особенности ухода за психически больными.....	32
<b>Раздел 2. Поддержание душевного здоровья .....</b>	<b>42</b>
2.1. Психическая деятельность человека .....	42
2.2. Жизненный цикл и ментальное здоровье .....	46
2.3. Тревога и предпринимаемые меры.....	52
2.4. Образ и качество жизни .....	57
2.5. Роль и функции семьи душевнобольного .....	59
2.6. Коммуникация в психологическом уходе .....	63
<b>Раздел 3. Сестринский уход за больными, нуждающимися в психологической помощи, и пациентами с психическими заболеваниями .....</b>	<b>67</b>
3.1. Психологическая помощь и сестринский уход за пациентами при различных заболеваниях .....	67
3.2. Понимание пациента с психическим заболеванием.....	76
3.3. Развитие и этапы человеческих взаимоотношений по Пеплоу.....	78
3.4. Роль медсестры психиатрического профиля.....	80

3.5.	Методы оказания помощи психически больным.....	83
3.6.	Помощь в жизни и сестринский процесс. Теория самоухода по Орем.....	86
3.7.	Сестринский процесс и особенности ухода за психически больными .....	89
3.8.	Сестринские диагнозы при психических заболеваниях .....	91
3.9.	Шизофрения (Болезнь Блейлера).....	92
3.10.	Расстройства настроения .....	97
3.11.	Тревожные расстройства.....	102
3.12.	Эпилепсия.....	106
3.13.	Соматоформные расстройства .....	112
3.14.	Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) .....	114
3.15.	Умственные расстройства .....	119
3.16.	Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ .....	124
3.17.	Наркомания .....	129
3.18.	Токсикомания .....	131
3.19.	Органические психические расстройства .....	134
 <b>Раздел 4. Человек с психическими расстройствами</b>		
	<b>и его место в обществе .....</b>	<b>137</b>
4.1.	Реабилитация психически больных .....	137
4.2.	Специалисты, задействованные в психиатрии .....	141
	Глоссарий .....	145
	Использованная литература .....	155

ЗАХИДА СУЛТАНОВНА ЮНУСДЖОНОВА

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УХОД

Учебное пособие для  
профессиональных колледжей

3720601 – Медицинская сестра

Издательский дом «ILM ZIYO»  
ТАШКЕНТ – 2015

Редактор *Ю. Шопен*  
Художественный редактор *М. Бурхонов*  
Компьютерная верстка *К.Голдобина*

Издательская лицензия АИ №275, 15.07.2015 г.

Подписано в печать с оригинала-макета 19.12.2015.

Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Кегль 10,75 н/шпон. Гарнитура SchoolBookC.  
Печать офсетная. Печатных листов 10,0. Издательских листов 9,0.  
Тираж 518. Заказ № 18

Издательский дом «ILM ZIYO», 100129, Ташкент, ул. Навои, 30.

Отпечатано в ЧП «PAPER MAX»  
Ташкент, ул. Навои, 30.

**Ю-56 Юнусджонова З.** Психологический уход. Учебное пособие для профессиональных колледжей / З. Юнусджонова. – Т.: «ILM ZIYO», 2015. 160 с.

ISBN 978-9943-16-207-5

УДК: 616.89(075)

ББК 88.4