**Лекция № 6**

**Тема: «Пограничные заболевания»**.

План лекции:

1. Определение понятия «Пограничные психические заболевания».
2. Критерии диагностики неврозов. Наиболее важные проявления неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз.
3. Реабилитация, роли семьи, профессиональной деятельности в восстановлении здоровья при неврозах.
4. Реактивные психозы. Тактика ведения, предотвращение суицидов и социально-опасных поступков.
5. Отличия психопатий от изменения личности вследствие прогредиентных психических заболеваний.
6. Способы поддержания психотерапевтического контакта с пациентами с расстройствами личности.
7. Психические расстройства у медицинских работников.

**Реактивные состояния**.

*Аффективно-шоковая реакция* (острая реакция на стресс).

Развивается в результате сильной психотравмы, связанной с угрозой для жизни (при катастрофах). Проявляется либо реактивным ступором, неспособностью принимать решения в угрожающих, для жизни ситуациях. Либо реактивным возбуждением − хаотичными движениями, криком, паникой. Проявляется помрачением сознания и частичной амнезией. Эти психозы кратковременны. Специального лечения не требуют.

*Посттравматическое стрессовое расстройство* - посттравматический невроз. Последствие тяжелых трагических событий (гибель семьи, разрушение жилья, жестокое насилие). Больных беспокоят навязчивые воспоминания о перенесенном стрессе, расстройства сна (кошмары), замкнутость, чувство внутреннего оцепенения, ангедония. Люди не считают себя больными, отказываются от помощи, остро чувствуют непонимание со стороны окружающих, проявляют недоверие к врачам, считают, что их может понять только человек, перенесший ту же ситуацию. Особенно тяжелые переживания у людей, что не чувствуют поддержки со стороны общества (у участников американского вторжения во Вьетнам, советских солдат Афганской войны.)

*Истерические психозы.*

Возникают в ситуациях существенной угрозы социальному статусу (тюремное заключение, мобилизация в армию). Истерические психозы сопровождаются регрессом, т. е. поведение взрослого регрессирует до поведения ребенка (больной просится на ручки, играет в игрушки) –пуэрилизм; до животного (они кусаются, лакают) – «синдром одичания»; псевдодеменция: на элементарные вопросы дают нелепые ответы, а на сложные - логические, демонстрируют, что не могут одеться, есть, но могут сосчитать пальцы на руках.

*Реактивная депрессия.*

Характерны подавленность, чувство тоски и беспомощности, невозможность получать удовольствия от жизни, нежеланием жить. В отличие от эндогенной депрессии все переживания тесно связаны с психотравмирующим событием. Типичная причина - ситуация эмоциональной утраты (смерть близкого, развод, увольнение и т.д.). Тяжесть переживаний усиливается всякий раз при напоминании о нем или в уединении. Идеи самообвинения, самоуничтожения, отражают суть психотравмы (больные обвиняют себя в смерти любимого, разводе и т. д.) Такие состояния продолжительны. Есть стремление к самоубийству. Своевременная помощь приводит к выздоровлению, повторных признаков депрессии обычно нет.

В экстренных случаях (возбуждение, паника, суицид) лечение начинают с лекарственных средств (противотревожные и снотворные, лоразепам, диазепам, нитрозепам), седативные нейролептики (левомепромазин, хлорпротиксен, сульпирид), успокаивающие и антидепрессанты. При бреде используют активные антипсихотики (галоперидол, рисперидон). При отчетливой депрессии проводится длительный курс антидепрессантов (чем тяжелее депрессия тем эффективнее лекарственные средства). Обязательным компонентом курса является психотерапия. Просто успокаивающие слова не эффективны. Гораздо полезнее дать высказаться, внимательно выслушать его, поговорить о предыдущих счастливых годах, выразить сочувствие. Эффективна когнитивная терапия, когда вместо эмоциональных переживаний предлагают всесторонне проанализировать ситуацию с позиции логики. Уход необходим лишь в острую фазу психоза.

*Основные мероприятия по уходу за больными.*

Истерические психозы.

1) наблюдение,

2) взрослый спокойный тон общения,

3) попытки отвлечь пациента или предоставить ему покой и отдых в одиночестве.

Реактивные психозы

1) строгий надзор,

2) предупреждение суицида,

3) сочувствие,

4) поощрение желания поделиться переживаниями,

5) моральная поддержка,

6) выражение веры в скорое выздоровление.

Реактивный параноид

1) надзор,

2) предупреждение опасных действий,

3) моральная поддержка,

4) демонстрация сочувствия и предоставление гарантий безопасности.

При реактивной депрессии больного нельзя оставлять одного, т. к. есть риск самоубийства. Следует учитывать страх больного остаться без защиты и поддержки. В этом случае заботливый материнский тон уместен. Явное выражение сочувствия позволяет найти контакт. Большое облегчение приносит возможность поделится горем, больной чувствует благодарность за заботу.

Неврозы.

*Неврозы -* мягкие непсихотические расстройства, вызванные длительной ситуацией тяжелого внутриличносного конфликта. Эти расстройства носят функциональный характер, обычно сопровождаются нарушениями в соматической сфере. При этом у больных есть критика, они понимают болезненный характер симптомов и стремятся избавиться от них.

Течение неврозов благоприятное. Их длительность различна. В большинстве случаев выздоровление. Но нередко продолжается многие годы, больные вырабатывают патологические стереотипы поведения, как бы сживаются с неврозом, подстраиваются под болезнь, в этом случае выздоровление не наступает. Наступает невротическое развитие личности.

Чаще в основе болезни лежит ситуация внутриличносного конфликта с собственной совестью, противоречивые чувства неудовлетворенности ситуацией и одновременно боязнь перемен, ситуация выбора, в которой каждое решение ведет к невосполнимым потерям. Например: жизнь с нелюбимым человеком со страхом одиночества или нелюбимая работа, но приносящая стабильный доход.

Сами больные не могут осознать суть проблемы.

В отечественной психиатрии выделяют три варианта невроза: 1)неврастению,

2)невроз навязчивых состояний,

3) истерический невроз.

Неврастения (астенический невроз, невроз истощения)

Типичное проявление неврастении – астенический синдром:

1.Собственно астения

-повышенная утомляемость в сочетании с повышенной раздражительностью, гиперестезией;

-снижение трудоспособности;

-ухудшение памяти и внимания (механическое чтение без усвоения содержания прочитанного)

2.Вегетативные проявления

-гипергидроз, тахикардия, повышение АД, дерматографизм, головная боль.

3.Расстройства сна

-нарушение засыпания, сон с пробуждениями ночью, после ночного сна нет бодрости.

Внутриличностный конфликт обычно состоит в том, что человек стремится занять достойное положение в обществе (получить образование, создать семью) и при этом хочет, чтобы его избавили от нагрузки, оставили в покое.

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический невроз) подразумевает ряд невротических состояний, при которых у больных возникают навязчивые мысли, действия, страхи, воспоминания, воспринимаемые как болезненные, чуждые, неприятные, однако больные не могут избавиться от них. К ним относят: навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли (обсессии), навязчивые действия (ритуалы, компульсии), панические расстройства.

Самый частый симптом невроза навязчивостей – это страхи (фобии): нозофобия - страх заболеть тяжелыми соматическими и инфекционными болезнями; страх нахождения в замкнутом пространстве, транспорте, метро, лифте (клаустрофобия); выход на улицу, в людное место (агорафобия). У некоторых страх появляется, когда они представляют себе ситуацию. Страдающие фобиями стараются всячески избежать ситуации, которая вызывает страх. Не выходят на улицу, не пользуются транспортом, тщательно моют руки.

У некоторых на первом плане навязчивые мысли (обсессии). Больные не могут избавиться от них (бессмысленно пересчитывают окна, проезжающие машины, повторяют литературные отрывки - «мысленная жвачка». Пациенты понимают болезненный характер этих явлений, жалуются, что подобный избыток мыслей мешает им выполнять служебные обязанности, утомляет и раздражает. Особенно тяжело переживают больные контрастные навязчивости (боятся совершить поступок недопустимый с точки зрения морали (нецензурно выражаться в общественном месте, совершить насилие, убийство). Больные тяжело переживают это и никогда не делают этого.

Навязчивые действия (компульсии), например: мытье рук, возвращение домой, чтобы проверить закрыта ли дверь, выключены ли приборы (утюг плита, телевизор и т.д.). Часто они приобретают символический характер и совершаются как некое магическое действие-ритуал, чтобы уменьшить тревогу. У детей нередко проявляются тиками.

Навязчивый страх неудачи может стать причиной нарушения исполнения привычных, хорошо заученных действий (невроз ожидания). Он часто бывает причиной профессиональной несостоятельности у спортсменов, цирковых артистов и т.д. после незначительной травмы. По этому, также может возникать психогенная импотенция у лиц, опасающихся, что долгий перерыв в интимных отношениях или возраст могут повлиять на сексуальность.

В последние годы много внимания уделяют паническим расстройствам – повторным приступам интенсивного страха обычно длительностью менее часа. Прежде в подобных случаях ставили диагноз «симпатоадреналовый криз» или «диэнцефальный синдром». В настоящее время выяснилось, что в большинстве случаях приступы связаны с хроническим стрессом, у многих пациентов одновременно наблюдается склонность к тревожным опасениям, фобиям.

Внутриличностный конфликт состоит в невозможности выбора между долгом и желаниями.

Течение невроза навязчивости нередко бывает длительным, увеличиваются круг ситуаций вызывающих страхи и навязчивости. Чаще чем другие неврозы протекает хронически, приводит к формированию невротического развития личности. Но даже при длительном течении многие больные стремятся преодолеть болезнь, любыми путями сохранить свой социальный статут и трудоспособность.

**Истерический невроз** (диссоциативное расстройство, конверсионное расстройство) представляет собой группу психогенных функциональных расстройств с разнообразными нарушениями в соматической, неврологической, и психической сферах, возникающими по механизму самовнушения, для которых характерна внешняя привлекательность, эффектность, демонстративность.

Истерический невроз может проявляться: невралгическими расстройствами (парезы, параличи, нарушения походки, и координации движения, нарушение кожной чувствительности, слепота, глухота, немота, потеря голоса и т. д.), соматическими нарушениями (боль, расстройство глотания, чувство нехватки воздуха, рвота, запор, понос, расстройство мочеиспускания, ложная беременность), психическими расстройствами (возбуждение, лабильность эмоций, рыдание, эпизоды галлюцинаций и нарушения сознания, амнезия).

Неврологические симптомы могут проявляться нарушением движений (параличи, чувство слабости в мышцах, нарушение походки, речи, дрожание конечностей и насильственные движения), нарушением чувствительности (потеря кожной чувствительности, слепота, глухота, зуд, жжение), потерей голоса, припадками и судорогами. Перечисленные симптомы отличаются от симптомов при органических заболеваниях нервной системы необычностью и нетипичностью, театральностью, не соответствуют определенным неврологическим синдромам.

Соматовегетативные нарушения могут относиться к любой из систем организма. Желудочно-кишечные расстройства: нарушения глотания, чувство комка в горле, тошнота, рвота, отсутствие аппетита (анорексия), запор, понос. Нарушения со стороны сердца и легких (одышка, боль в области сердца, сердцебиение, аритмия). Урогенитальная система: рези при мочеиспускании, чувство переполненности мочевого пузыря, сексуальные расстройства (вагинизм), мнимая беременность, кровотечения. Нередко появляется яркая необычная боль в различных частях тела (чувство сдавления головы обручем, внезапная боль в спине, ломота в суставах.)

Психические расстройства проявляются психогенной амнезией, истерическими иллюзиями, галлюцинациями, эмоциональной лабильностью, криком, причитаниями.

При всем разнообразии проявлений можно, выделить общее свойство - демонстративность. Эти симптомы появляются только при наблюдателях, они привлекают внимание окружающих. Проявление болезни усиливается, если на них обращают внимание, исчезают, когда больной отвлекается.

Отчетливая связь с психотравмирующей ситуацией и демонстративный характер нередко вызывают ощущение условной «желательности», психологической «выгодности» симптомов. Однако следует различать истерию (болезнь, страдание) и симуляцию, которая не сопровождается внутренним дискомфортом. Поведение больного - это не целенаправленный обман, а лишь уход в болезнь из-за неспособности справиться с ситуацией. Среди заболевших преобладают впечатлительные, немного инфантильные личности, нуждающиеся в постоянном общении. Часто истерический невроз является декомпенсацией истерической психопатии. Внутриличностный конфликт при этом состоит в том, что больной хочет постоянно находиться под опекой, но при этом не желает терять свободы.

Основной метод лечения - правильно организованная психотерапия. Подход психотерапевта зависит не столько от формы расстройства, сколько от типа личности. Демонстративным личностям подойдут методы внушения (гипноз, внушение в состоянии бодрствование, плацебо терапия), лечение занятостью, физиотерапия.

Тревожно-мнительная когнитивная психотерапия. Пациентам с отчетливыми признаками психопатии требуется длительная групповая терапия.

Лекарственное лечение может быть направлено на преодоление острого кризиса или на коррекцию личностных особенностей. В случае острого кризиса (паника) чаще всего используют бензодиазепиновые транквилизаторы в виде однократной инъекции или краткого курса (несколько дней). Использовать транквилизаторы длительно не рекомендуется во избежание формирования зависимости. Для постоянного применения подходят безопасные антидепрессанты (СИОЗС, агомелатин, пирлиндол, пипофезин), они не только улучшают настроение, но и эффективны при навязчивостях и приступах паники. Стойкий страх, навязчивые мысли, «мысленная жвачка» считаются показанием к регулярному приему безопасных нейролептиков (сульпирид, хлопротиксен, кветиапин) в небольших дозах. Лечение нейролептиками и антидепрессантами может быть длительным, при наличии черт психопатии его продолжают и после выздоровления для профилактики срывов.

Фактически больные с неврозами не нуждаются в специальном лечении. Излишняя забота в этом случае вредна, она поддерживает детское стремление спрятаться от ситуации. Не следует терпеливо выслушивать причитания, важнее призвать к поиску выхода из проблем.

Основные принципы ухода: демонстрация медперсоналом спокойствия и уверенности в себе, отношение к пациенту как ко взрослому человеку, который может и должен с медиками найти решение проблемы, поощрять поиск решения проблемы, не допускать пассивности больного и потери надежды на выздоровления.

Больные сами могут позаботиться о бытовых проблемах и личной гигиене. Лучше поручить им самим следить за временем процедур. Желательно обеспечить им режим занятости, поскольку безделье только усугубляет самочувствие. Большое количество процедур (ЛФК, физиотерапия и т.д.) отвлекают от неприятных мыслей и нацеливают на выздоровление.

По отношению к болезненным симптомам возможны две позиции.

1) постоянное преодоление недуга (страха выхода на улицу, страха транспорта) путем приятных необременённых тренировок. Больному предлагают выходить на улицу в приятной компании или представить неприятную ситуацию в сочетании с чем-то приятным (лицо мамы, любимый праздник, встреча с любимым),

2) настойчивый запрет на деятельность, которая вызывает проблему. Например: человеку, потерявшему голос, запрещается говорить, мужчине, который не уверен в своей потенции, предлагают быть вместе с женой в одной постели, но воздержаться от полового акта. Часто такой запрет заставляет человека острее почувствовать суть проблемы и найти решение самостоятельно.

Строгая позиция медперсонала в отношении больных - это не тоже, что жесткость или жестокость. Нельзя, чтобы беседа напоминала урок или отчитывание провинившегося. Лучше предоставить окончательную оценку больному.

**Расстройства личности (психопатии)**

Психопатии – стойкое развивающееся в детстве и стабильное на протяжении жизни расстройство личности, проявляющееся отсутствием критики и социальной дезадаптации (разводы, смена мест работы, асоциальные поступки).

Основные проявления – это расстройства поведения (вспыльчивость, стойкие снижения настроения, неоправданный оптимизм, подозрительность) воли и влечений (безволие, нетерпеливость, расторможенность влечений, склонность к алкоголизации, гиперсексуальность, подверженность асоциальному влиянию) асоциальные поступки, нецелесообразное поведение (агрессивность, склонность к воровству, уход из дома, пассивная жизненная позиция, уход от контактов с другими, недоверие). Сами больные не всегда адекватно оценивают свое поведение (завышенная или заниженная оценка), они не в состоянии извлекать урока из своих ошибок.

Типичные варианты декомпенсаций при психопатиях

|  |  |
| --- | --- |
| **Тип психопатии.** | **Типичные варианты декомпенсаций.** |
| Паранойяльная | Реактивный параноид, реактивная депрессия. |
| Шизоидная | Неврастения, невроз навязчивостей, реактивная депрессия. |
| Неустойчивая | Алкоголизм, наркомании, правонарушения, симуляция, тюремное заключение. |
| Эксплозивная (возбудимая) | Агрессивное поведение, алкоголизм, наркомании, правонарушения, депрессия, самоповреждения, тюремное заключение. |
| Истерическая | Истерический невроз, истерические реактивные психозы, депрессия, демонстративные суициды. |
| Психастения | Невроз навязчивости, ипохондрический невроз, депрессия, с суицидальными тенденциями, алкоголизм. |
| Астеническая | Неврастения, депрессия, ипохондрический невроз, истерические реакции. |

Клинические варианты психопатий.

*Паранойяльная психопатия* (параноидное расстройство личности) проявляется подозрительностью, недоверчивостью, упрямством, неуместной настойчивостью, эмоциональной ригидностью, злопамятностью. Позицию такого человека можно охарактеризовать как исключительно эгоцентрическую. Он склонен противопоставлять себя окружающим и очень болезненно переживает даже самое незначительное ущемление своих интересов. Любую неудачу он рассматривает как результат чьего-то злого умысла, начинает искать виноватых, хочет добиться их наказания (сутяжные тенденции). При отстаивании своей позиции эти люди проявляют удивительное упорство, настойчивость, неутомимость. Чрезмерная увлеченность каким-либо предметом у них легко достигает степень фанатизма. Они могут проявлять непоколебимую приверженность какой-либо идее, системе.

Такие люди, как правило, плохо уживаются в коллективе, при этом всю вину за возникшее непонимание они возлагают на окружающих. Для них весьма характерен психологический защитный механизм «переноса»: они склонны приписывать окружающим все плохие качества своей личности, постоянно обвиняют сослуживцев в карьеризме, зависти, стяжательству, бессовестности, т. е. замечают «соринку в чужом глазу». При этом легко оправдывают свои ошибки и недобросовестность, исходя из принципа «с волками жить по волчьи выть».

*В медицинской практике* паранойяльные черты у пациента приводят к целому ряду затруднений. Такие люди плохо поддаются психотерапии, поскольку они не склонны менять своей точки зрении. При любом ухудшении состояния они обвиняют медицинских работников в некомпетентности или в заговоре против них, выполняют только те инструкции, которые соответствуют их убеждениям.

*Шизоидная психопатия* (шизоидное расстройство личности) проявляется в первую очередь чрезвычайной замкнутостью, погруженностью в себя, независимостью взглядов, парадоксальностью суждений, отсутствием прочных связей с семьёй и коллегами, склонностью фантазировать. В детстве больные любят играть одиночные и тихие игры, чаще всего дома, никогда не делятся своими переживаниями с родителями, не могут найти общего языка со сверстниками. В дальнейшем, в силу обстоятельств, они поддерживают с окружающими некоторые отношения, но контакт формальный. В вопросах быта, они беспомощны, но склонны к нестандартному мышлению, увлечены философией, чтением, математикой. В медицинской практике люди с шизоидными чертами трудны из-за непредсказуемости. С ними трудно добиться взаимопонимания, поскольку совершенно иначе воспринимают даже простые высказывания. Их отношение к болезни колеблется от паники до полного равнодушия. Лишь иногда они проявляют доверие к кому-то из медиков, охотно рассказывают о своих вычурных фантазиях, однако часто они глухи к рекомендациям и советам.

*Неустойчивая психопатия* (диссоциативное расстройство личности, пограничная или антисоциальная личность) проявляется слабостью воли. Такие больные лишены усидчивости и терпения. Любое их желание должно быть удовлетворенно, если им отказывают, добиваются желаемого обманом. Они не способны к планомерной деятельности для достижения цели, их привлекают легкие и доступные способы. Поэтому так часто они злоупотребляют алкоголем и наркотиками. Среди товарищей они никогда не бывают лидерами, но легко следуют за другими, под их влиянием совершают преступления (нелепые кражи, побои). В общении с людьми непосредственны, простодушны, легко вступают в контакт, но у них нет стойких привязанностей, даже к родственникам. К родным относятся потребительски, клянчат деньги, если отказывают, берут без разрешения, уходят из дома без предупреждения на несколько дней.

Неустойчивые психопаты безответственны, никогда не испытывают стыда. Изобличённые в проступках, они всячески пытаются избежать наказания: примитивно лгут, отказываются от содеянного, молят о пощаде, выдают сообщников, заявляют, что больше не будут так поступать. Получив поощрение, нарушают обещание. К психиатрам поступают для лечения наркомании и алкоголизма, либо судебной экспертизы по поводу преступления.

*В медицинской практике* такие больные отличаются необязательностью и ненадежностью, они часто обманывают, не соблюдают режим, приносят в отделение спиртное, злоупотребляют успокаивающими, пытаются уйти, если их ограничивают в желаниях. Их поведение резко контрастирует с внешним спокойствием, демонстративным послушанием и согласием с требованиями. Для них характерны наиболее примитивные механизмы психологической защиты: избегание (признание беспомощности), идентификация (копирование поведения авторитетного лица), вытеснение (неожиданное забывание неприятной ситуации).

*Эксплозивная психопатия* (возбудимая психопатия, эпилептоидная психопатия, импульсивный тип, эмоционально неустойчивое расстройство личности) проявляется крайней вспыльчивостью и нетерпимостью. При малейшем противоречии они воинственны, агрессивны (дисфоричны), обрушивают на обидчика потоки брани, бросаются с кулаками, не рассчитав силы, наносят серьезные травмы. Бурно отреагировав на неприятное событие, быстро успокаиваются, испытывают удовлетворение и просят прощение. При употреблении алкоголя теряют контроль и выпивают много, вместо благодушия испытывают злобу, затевают драки. В приступе раздражения они могут причинить себе травмы (обычно надрезы предплечья).

Общение с таким пациентом таит угрозу ссоры по любому поводу. Всех подкупает открытость, честность, добросердечие, но в дальнейшем пугает его страстность, вспыльчивость. Психологическая защита включается редко, они действуют, а не утруждают себя рассуждениями.

*Истерическая психопатия* выражается в демонстративном, рассчитанном на эффект, поведении. Желание постоянно быть в центре внимания определяет яркость проявления эмоций, цветистость выражений, гиперболизированность жестов. Самозабвенная ложь (псевдология), самооговоры, демонстративные суициды - это способы привлечения внимания. Эгоцентризм является главной чертой истерических психопатов. Не проявляют интереса к точным наукам, интересуются больше искусством. Постоянная влюбленность и повышенный интерес к сексу сочетается с инфантилизмом (не только психологическим, но физиологическим). Нередки соматические и неврологические расстройства, возникающие по механизму самовнушения и конверсии. Типичный вариант декомпенсации - истерический невроз. На заключительном этапе приходится заставлять мыться, менять белье, выходить на улицу. Снижение воли не позволяет терпеть малейшие неудобства: требуют еды, когда чувствуют голод; раздражаются, когда заставляют работать; удивляются, когда родные отвергают их сексуальные притязания.

*Изменения личности при органических заболеваниях* сочетаются с выраженными нарушениями памяти, снижением интеллекта. Это выражается в своеобразном «снижении личности», т. е. нарастании эгоцентризма, преобладании мелких приземленных интересов. Характерными чертами темперамента является раздражительность, утомляемость, капризность, вспыльчивость или наоборот сентиментальность. Пациенты жалуются на свое физическое состояние, требуют особого отношения. При эпилепсии наряду с другими чертами - чрезмерная аккуратность, требовательность, обстоятельность, вязкость.

*При алкоголизме и наркоманиях* поведение определяется чрезвычайной тягой. Все другие жизненно важные интересы отходят на второй план, пациенты пренебрегают своими обязанностями, нуждами семьи, забывают об обещаниях, нарушают все правила и не испытывают никаких угрызений совести. Таким образом, дефект личности при этих заболеваниях можно определить как морально-этический.

*Помощь пациентам с патологией личности*.

Стойкость симптоматики не позволяет рассчитывать на успех при лечении расстройств личности. На практике обычно назначают лечение по поводу болезней, являющихся декомпенсацией психопатии: алкоголизма, наркоманий, неврозов, реактивных психозов.

Лекарства при психопатиях назначают на длительный срок, не с целью лечения, а для коррекции поведения и улучшения адаптации. Так при подозрительности, склонности к формированию сверхценных и навязчивых идей, ипохондрии, вспыльчивости и нелепом упрямстве назначают мягкие нейролептики (рисперидон, тиоридазин, перициазин, небольшие дозы сульпирида, перфеназина). При неустойчивости настроения, склонности к дисфориям, агрессивности показаны карбамазепин, вальпроаты. Лицам со сниженной самооценкой, подавленным, склонным к необоснованным страхам, тревожным - рекомендуют безопасные антидепрессанты (пирлиндол, пипофезин, адеметионин, экстракт травы зверобоя). При утомляемости, снижении работоспособности, ухудшения запоминания помогают ноотропы (пирацетам, глицин, пиритинол, магния В6). Транквилизаторы, барбитураты, психостимуляторы лицам с расстройствами личности назначать не рекомендуется из-за опасности развития зависимости!

Важное место в коррекции патологических черт личности занимает психотерапия. Наиболее эффективными считаются психодинамические и групповые методы. Недостаточно просто указать больному на ошибки в поведении, требуется его активное участие в лечении, полезны тренировки с моделированием типичных ситуаций и поиском наилучшего способа поведения в них, групповое обсуждение чувств, переживаемых каждым.

Хотя они страдающие расстройствами личности могут полностью обслуживать себя и не нуждаются в уходе, поступление такого пациента вызывает не меньше забот, чем с другим пациентом. Своим непослушанием и неорганизованностью они могут причинить вред и себе и другим. Особенно трудно уследить за их поведением, поэтому нежелательно держать нескольких таких пациентов в стационаре. В крайнем случае, поместить в разные палаты.

*Проблемы ухода и надзора.*

- демонстративные суицидальные попытки;

- злоупотребление алкоголем, чаем и лекарственными средствами;

- побеги;

- ссоры, драки и насилие над беспомощными больными;

- ипохондричность;

- манипулирование;

- госпитализм.

Серьёзной проблемой могут быть демонстративные суицидальные попытки. В большинстве случаев пациенты не имеют цели уйти из жизни, поэтому используют наименее опасный способ (порезы на предплечье, прием небольших доз безопасных лекарств), часто они лишь угрожают самоубийством. Медицинские работники не должны быть равнодушны, поскольку пациенты не могут просчитать последствий поступков. Следует пресекать такое поведение, поведение медработников должно демонстрировать, что пациент выбрал неудачный способ решения проблемы.

Пациенты не только злоупотребляют алкоголем и лекарственными средствами, но приобщают к этому других пациентов. Если их не выпускают на прогулку, они поручают покупку спиртного пациентам, которых отпускают, они отнимают продукты, деньги и сигареты обманом, затевая азартные игры. Любые азартные игры запрещаются!

Нередко наблюдаются и другие виды насилия (сексуальное) и агрессии со стороны больных со психопатией. Им нельзя поручать наблюдение за беспомощными пациентами, особенно следить за пациентами с задержкой психического развития, инфальтилизмом, боязливостью, психической ранимостью. Они часто становятся предметом насмешек, сексуального насилия, оскорбления.

Закон не позволяет удерживать пациентов с психопатиями в стационаре против их воли. Их следует уведомить об этом, но несанкционированный уход из отделения не редкость. Пациент может дать согласие, но после ссоры с санитаром выпрыгнуть в окно, сломать дверь и уйти. Еще неприятнее, когда они помогают уйти другим пациентам, просят принести алкоголь и наркотики. Единственный способ - стремление к взаимопониманию. Следует избегать высокомерного и заискивающего тона. Необходимо предупредить их, что они отвечают за свои поступки перед законом, и вы готовы оказать помощь в ответ на его благодарность.

Побеги и нарушения дисциплины сочетаются с нежеланием уходить из больницы, настойчивым желанием продолжать лечение. Часто стационар единственное место, где пациент испытывает равновесие и временно адаптирован. Часто в стационар обращаются люди после тюремного заключения либо возвращаются после побега. Многие пациенты пытаются манипулировать медработниками, вызывая чувство жалости. Для преодоления госпитализма приходится, с одной стороны, вводить, для пациента более жесткий режим, предполагающий участие в хозяйственных работах, помощь при уборке помещений, отказ от прогулок. С другой стороны, требуется обсуждение проблемы с пациентом, поиск взаимопонимания.

*Астенический синдром* - одно из самых частых расстройств в психиатрии, общесоматической практике. В качестве основного проявления наблюдается при неврастении. Главные признаки: истощаемость, повышенная раздражительность, соматовегетативные расстройства. Истощаемость выражается неспособностью длительное время сохранять внимание и поддерживать разговор, быстро возникающим чувством усталости при любых физических и умственных нагрузках, пониженной работоспособностью. Раздражительность проявляется ранимостью, вспыльчивостью, склонностью к слезам, бессмысленной суетливостью, повышенной чувствительностью к любым раздражителям (звук, свет и т. д.). Соматовегетативные симптомы могут быть разнообразными: боли, потливость, тошнота, слабость и т. д.

Почти постоянным проявлением астении является нарушение сна. В дневное время сонливость, стремление отдохнуть. Ночью они часто не могут уснуть, т.к. им мешают посторонние звуки, свет, их мучают кошмары. Они чувствуют, что ночью не отдохнули.

Астенический синдром может быть проявлением органического поражения мозга, поэтому важно провести обследование для исключения опасных заболеваний (опухоли, инфекции, поражение сосудов головного мозга).

**Вопросы для самоконтроля**

1. Дайте определение понятию «Пограничные психические заболевания».

2. Назовите критерии диагностики неврозов. Наиболее важные проявления неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз.

3.Расскажите о реабилитации, роли семьи, профессиональной деятельности в восстановлении здоровья при неврозах.

4.Перечислите реактивные психозы. Тактика ведения, предотвращение суицидов и социально-опасных поступков.

5.Назовите отличия психопатий от изменения личности вследствие прогредиентных психических заболеваний.

6.Перечислите способы поддержания психотерапевтического контакта с пациентами с расстройствами личности.

7.Психические расстройства у медицинских работников.

**Литература**

Основные источники:

1.Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону: Феникс, 2012.- ( Медицина).

2.Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Наркология: учебное пособие – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.

3.Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012.

4.Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 2-е изд., дополненное и переработанное М.: ФГОУ “ ВУНМЦ Росздрава“, 2008.

Дополнительная:

Справочник для медицинской сестры психиатрической службы: методические рекомендации: Общерос. обществ.орг. мед. сестер «Ассоц. мед. сестер России »; [сост.; Саркисова В.А. и др.]. Санкт – Петербург: ООО «Береста»; 2010.