**Методические рекомендации для студентов**

**Тема занятия: «Пограничные заболевания». Дифференцированный зачет по дисциплине «Сестринский уход при психических заболеваниях и наркотических состояниях»**

**Значение темы:** К пограничным формам психических расстройств относятся невротические реакции, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозопсихопатоподобных расстройств при соматических заболеваниях.

На фоне социально-психологической напряженности у многих людей формируются разные клинические варианты психогенных психических нарушений: астенические неврозы, декомпенсации психопатий, а также аффективно-шоковые реакции, сумеречные расстройства сознания в инволюции. Необходимо отдавать себе отчет, что врачи-психиатры никогда не смогут оказать действенную помощь всем лицам с социально-стрессовыми расстройствами без кардинального решения социальных условий. Иначе можно ожидать нарастания стойких невротических и психосоматических расстройств, а также декомпенсаций психопатий. В свою очередь это будет способствовать усилению депрессии и неустойчивости настроения многих людей.

На примере развития социально-стрессовых расстройств можно лишний раз убедиться в связи пограничных состояний с социальными условиями жизни.

На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен

**знать:**

* этиологию и клинические проявления психогений (неврозов и реактивных психозов) и психопатий.
* связь между психикой и соматической сферой, роль соматической болезни как психотравмирующего фактора, возможные соматические реакции в ответ на стресс.
* типы акцентуаций и психопатий.
* различия между гармоничными, акцентированными и психопатическими личностями, их особенности в реагировании на болезнь.
* сильные и слабые стороны акцентированных и психопатических личностей в плане их адаптации в жизни вообще и в ситуации болезни.

**уметь:**

* организовать наблюдение и уход за больными с реактивными состояниями (психозы, реактивные и невротические депрессии);
* определить тип личности и использовать знание для установления доверительного контакта с больными, создания благоприятной атмосферы помощи этой группе больных.

**овладеть ОК и ПК**

ОК 3.Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий и профессиональной деятельности.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

**План изучения темы:**

1. **Контроль исходного уровня знаний**

Ответьте на вопросы:

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.

1. **Содержание темы:**

Методические рекомендации к выполнению работы:

1.Обучающиеся работают со стандартами практической деятельности медицинской сестры в психиатрии и протоколами сестринского наблюдения и ухода (Приложение 1).

2.Обучающиеся конспектируют алгоритмы оказания первой медицинской помощи при психомоторном возбуждении, отказе от еды, суицидальном поведении.

3.Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс по данной теме.

4.Обучающиеся, работая парами, решают кейсы по данной теме (Приложение 2).

5.Обучающиеся защищают на оценку выполнение кейса.

**3. Самостоятельная работа.**

-Законспектировать методические рекомендации для медицинского персонала.

-Решить с преподавателем кейс с применением сестринского процесса.

-Решить самостоятельно кейс с применением сестринского процесса.

**4.Итоговый контроль знаний.**

Тестирование (Приложение 3).

 **5.Подведение итогов.**

**Литература:**

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).

 **Приложение 1**

***Беседа родственникам пациентов с патологией личности***

Эпилептоидная психопатия 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, испытывает удовлетворение и просит 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 больным таит угрозу ссоры по любому поводу. Всех подкупает открытость, но в дальнейшем пугает его страстность, вспыльчивость.

***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. При неустойчивости настроения, склонности к дисфориям, агрессивности показаны карбамазепин, вальпроаты.

Важное место в коррекции патологических черт личности занимает психотерапия. Наиболее эффективными считаются 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.

**Стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента**

Сестринская проблема *приоритетная*: психомоторное возбуждение.

Планирование вмешательств.

*Краткосрочная цель*: у пациента не будет психомоторного возбуждения в течение трех дней.

*Долгосрочная цель*: к моменту выписки из стационара у пациента не будет психомоторного возбуждения.

Реализация вмешательств.

1.По назначению врача-психиатра применить МФС (меры физического стеснения с использованием специальных фиксационных ремней – широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани).

По назначению врача ввести инъекции антипсихотических средств: аминазин, галоперидол, тизерцин, дроперидол и др.

2.Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

3.При необходимости организовать около пациента круглосуточный индивидуальный пост.

4.Проводить измерение АД и PS каждые 3 часа и фиксировать полученные данные в сестринском дневнике динамического наблюдения.

5.Осуществлять динамическую оценку психического и соматического состояния пациента за смену записью в журнале наблюдения.

6.Обеспечить пациента калорийной, легкоусвояемой пищей и витаминизированным питьем, в соответствии с врачебными наблюдениями.

7.Следить за естественными отправлениями пациента и в случае необходимости предоставить ему утку или судно.

8.При стабилизации психомоторной сферы сообщить об этом врачу, по его назначению освободить пациента от фиксационных ремней, продолжая осуществлять за ним непрерывное наблюдение.

9.Вести мониторинг психомоторной сферы, отражая полученные данные в журнале наблюдений и сестринском листе динамического наблюдения.

10.При всех дальнейших изменениях в психическом состоянии пациента немедленно сообщать лечащему или дежурному врачу.

**Беседа на тему: «Как здоровый человек становится алкоголиком?»**

Рассмотрим, как становится алкоголиком нормальный здоровый человек, в том числе подросток.

**Причина № 1.** ***Широкая распространённость в России неверного представления о сути алкоголизма* (наркологическая безграмотность** **населения)**

Традиционная ошибка – алкоголиком считают «бывшего» алкоголика, алкоголика третьей, заключительной стадии. Над ним насмехаются, рисуют его на плакатах с красным носом или сидящим в бутылке. Объясняют детям, что таким быть нехорошо, стыдно. Но ведь таким никто и не собирается быть! Вряд ли кто-либо из вас или ваших сверстников когда-либо «мечтал» им стать.

В то же время проявления сформированного, но не запущенного алкоголизма (в виде хорошей переносимости больших количеств алкоголя и приподнятости настроения после употребления) большинство людей считают показателями здоровья, силы, престижности. Это увеличивает риск развития алкоголизма из-за наркологической безграмотности населения: настоящий алкоголик становится кумиром, объектом для подражания. Эта ошибка – основной путь формирования раннего алкоголизма.

К сожалению, такое ошибочное мнение очень широко распространено в России, причём с древних времен. Мнение это можно встретить в русском фольклоре. Достаточно вспомнить описание княжеских пиров в былинах, поведение на них героев этих былин, в том числе и русских богатырей. «Во единый вздох» выпивает на пиру три чарки «зелена вина» Илья Муромец.

А Василий Буслаев, герой новгородских былин, так набирает себе войско.

«В то же время поставил Васька чан среди двора. Наливал чан полон зелена вина. Опущал он чару в полтора ведра». Сможешь выпить ее и после этого выдержать другие испытания – значит силен, значит можешь в войске служить. Былина – былиной, но и в современном фильме «Василий Буслаев» войско для защиты Руси от врага набирается этим же способом.

Характерно для фольклора также мнение, что вино, водка могут дать человеку здоровье, силу. В былине «Исцеление Ильи Муромца» Илья, пролежавший без движения тридцать три года, после двух ведер водки выздоравливает, а после третьего – становится богатырем.

Собираясь на битву с врагом, богатыри нередко выпивают большое количество алкоголя для того, чтобы стать сильнее. Так, русский богатырь Василий Игнатьевич, выпив четыре с половиной ведра вина, отправился биться с врагами и «прибил, пригубил всех до единого».

Герою сибирского фольклора Ополону-царевичу по сюжету одной из сказок предстоит драться с тремя змеями «о трех головах, о шести и двенадцати». И чем больше голов у очередного змея, тем больше вина нужно выпить богатырю для удачного исхода сражения.

Ложное мнение о хорошей переносимости алкоголя как признаке здоровья и силы часто можно встретить и в русской литературе, в том числе и у известных писателей.

«Яшвин был в полку лучший приятель Вронского. Вронский любил его и за его необычайную физическую силу, которую он большею частью выказывал тем, что мог пить как бочка, не спать и быть всё таким же, и за большую нравственную силу, которую он выказывал в от­ношениях к начальникам и товарищам, вызывая к себе страх и уважение, и в игре, которую он вел на десятки тысяч и всегда, несмотря на выпитое вино, так тонко и твердо, что считался первым игроком в Английском клубе» (Л.Н. Толстой, «Анна Каренина»).

У М. Шолохова в «Судьбе человека» Андрей Соколов так говорит о себе: «Парень я был здоровый, сильный, как дьявол, выпить мог много, а до дому всегда добирался своими ногами».

В романе «Я пришел дать вам волю» В. Шукшина Степан Разин, его прославленные есаулы и казаки устраивают загул, пьют много, утром опохмеляются, а автор отмечает: «Так русский человек отдыхает…так и было всегда. А как же если не так?»

Во всех приведенных примерах способность много выпить не пьянея изображается в трёх вариантах:

* как изолированное, положительное качество героя;
* как положительное качество, сочетающееся с другими проявлениями силы, ума;
* как характерная черта русского человека.

В кино- и видеофильмах также можно встретить аналогичные моменты. Не исключено, что читатель или кинозритель, встретив на страницах книги или экране честного, смелого, доброго героя, выберет его объектом подражания и, подражая, постарается выработать у себя и способность много пить не пьянея.

Ложное, ошибочное мнение о сути алкоголизма характерно не только для России, но и для всех христианских стран. С древности в этих странах быть пьющим человеком было позорно. Сформировался образ пьяницы – *пьющего, пьяного.* А следом за ним возник образ антипьяницы – *не пьянеющего* человека.

**Причина № 2. *Специфика подросткового возраста***

Наркологи считают, что около 30 % старшеклассников являются «потенциальными алкоголиками». Они, возможно, и не употребляют спиртное, пьющими могут и не стать, но готовность к «алкогольным тренировкам» у них уже сформирована.

Такая готовность становится заметной с 10–12 лет, т.е. со времени учебы в 5–7 классе. У детей снижается успеваемость. Учителя их характеризует как способных, но ленивых. Под любым предлогом такие дети уклоняются от участия в кружках и секциях, прекращают учебу в музыкальных, спортивных и им подобных школах. Часто пропускают занятия. В это время днями бесцельно бродят по улице, смотрят подряд все телепередачи, кино- и видеофильмы, читают только «про мафию» и комиксы в журналах. Уже к 14 годам такие школьники отстают в развитии от остальных своих сверстников.

С 14 до 17 лет происходит возрастной кризис в развитии психики. В эти годы подростки формируют свое индивидуальное мнение по большинству вопросов. Их точка зрения во многом отличается от мнения родителей и педагогов. Значительная часть времени в этом возрасте проводится в подростковых группах, которые формируются по интересам (учеба, музыка, спорт и т.п.).

«Потенциальный алкоголик» плохо учится, поэтому он не станет «своим» в группе хорошо успевающих. Такой подросток не занимается регулярно музыкой, спортом – он не будет «чувствовать себя уютно» среди музыкантов, спортсменов.

Но в 14–16 лет «выделиться», «занять достойное место» – внутренняя необходимость для подростка. Такие подростки объединяются в асоциально ориентированные группы. Здесь не нужны успехи в учебе, спорте, музыке. Более важно демонстрировать свое отрицательное отноше­ние к знаниям, к однообразному труду, которым является учеба: «Пусть он отличник, но маменькин сынок, и выпить бутылку водки для него – слабо!» или «Он, конечно, на скрипочке своей на конкурсах играет, но в вену ширнуться – кишка тонка!».

Одним из важнейших показателей для вступления в асоциально ориентированную группу и «полноценного» существова­ния в ней служит такой престижный признак, как физическая сила и ее проявления. В асоциальных группах подростки, как правило, алкоголизируются. Уважением пользуется тот, кто мо­жет выпить 1–2 стакана водки и не опьянеть. Алкогольные тренировки через полгода-год позволят «начинающим» выпивать без заметных последствий достаточно большое количество алкоголя. С этого времени появится возможность «смотреть свысока» на «хилых» и «слабаков», стать объектом подражания, кумиром среди себе подобных. Таких кумиров формирует не улица. Асоциально ориентированные подростки сами активно ищут себе подобных. Готовность стать «алкогольным кумиром» закладывается воспитанием в семье, в группе друзей и даже (как это ни парадоксально) в школе.

**Причина № 3. *Специфика воспитания***

Много семей, где отцы – алкоголики второй и третьей стадий. Преобладают же среди родителей алкоголики первой стадии, которые хорошую переносимость больших количеств спиртного считают показателем здоровья, престижности. Раньше или позже такой точки зрения начинают придерживаться и их дети.

Если отец с похмелья шантажирует мать, требуя денег; если он каждый вечер «приползает» домой, – объектом для подражания он не станет. Более **опасно наличие в семье алкоголика первой стадии**.

Обсудим несколько типичных ситуаций.

***Ситуация первая*.** Мать обвиняет отца в том, что он пьянствует. Отец отвечает: он не алкоголик, ничего общего с пьяницами не имеет. При этом приводит доводы: вчера выпил стакан водки, пришел домой, члены семьи даже не заметили, что он выпил; он может неделю или более не употреблять алкоголь, когда выпьет – хорошо себя чувствует, нет утром тяги к опохмелению, у него не красный нос, он не пропивает деньги.

***Ситуация вторая***. Собрались гости. Отец выпил больше всех, он остается веселым, остроумным, душой компании.

***Ситуация третья***. Отец пришел с работы. Устал, молча поужинал, отдыхает, ни с кем не хочет разговаривать. Сын просит помочь решить задачу. Реакция отца: «Отстань, не видишь – устал!» Вскоре пришел сосед. Выпили. У отца поднялось настроение, прошла усталость. Он охотно беседует, интересуется школьными успехами сына: «Что там у тебя с задачей, сынок?»

***Ситуация четвёртая***. Уже известные нам четверо мужчин пили-гуляли, женщинам захотелось потанцевать, а танцор – только один, тот, который много пьёт, но не пьянеет. Наутро жена Степану говорит: «Мне вчера за тебя так стыдно было. Ты даже полбутылки не выпил, а уже свалился. Мы же отдохнуть, развлечься приехали, а вон что получилось. А вот Петр молодец! Пил больше тебя, а трезвый, со всеми танцевал, такие истории рассказывал! Вот у кого учиться надо, как с дамами обращаться».

***Ситуация пятая***. Дискотека в школе для старшеклассников. Несколько парней принесли пива, водки. Выпили сами, предложили другим: «Да что вы всё как дети малые, пора уже и повзрослеть! Что?! Ты е щ ё не пробовал?! На, угостись, а то так и останешься маменькиным сынком!» На их уговоры и подкалывания поддался кто-то из не употребляющих или крайне редко употребляющих алкоголь. Выпил (хотелось, чтобы одноклассники относились к нему уважительно; хотелось поддержать компанию). Поболтали, выпили еще. Пошли танцевать. Их компанию заметили учителя. Подошли: «Что у вас, мальчики?» «Да ничего, Марина Петровна! Всё в порядке!» Говорят чётко, весело, походка ровная. Тот, которого уговорили выпить, тоже попытался что-то ответить, но получилось плохо, не очень связно. Пошел, запнулся, качнулся. «Так, Витя, всё ясно – ты напился! Живо к директору!» И начинается: разборки с директором, с классным руководителем, родителей в школу вызовут, в классе разговоры и насмешки пойдут… А та компания одноклассников после уроков в школьном дворе отзывает в сторону: «Да, бедолага, досталось тебе. Ну, извини. Мы и не думали, что ты ещё пить не умеешь. Ничего, брат. Серега раньше тоже пить не умел, за полгода с нами научился. Теперь его ни мать, ни директриса пьяным не поймают. Так что давай тренироваться!»

Именно такие ситуации наблюдают дети, подростки. Постепенно у них формируется убеждение, что хорошая переносимость больших количеств алкоголя и приподнятость настроения в пьяном виде – весьма позитивное качество.

***«Как не стать алкоголиком?»***

Необходимо помнить четыре вещи: ***возраст, свобода, досуг****,* ***партнер.***

Первое – это **возраст**. Запомним следующее: важный возраст в жизни человека – 21–24 года, именно в это время окончательно формируются («созревают») лобные доли мозга, ответственные за интеллектуальные способности. Поэтому в 25 лет мозг более устойчив к разрушающему воздействию яда (в том числе и алкоголя, который таковым является), чем в более молодом возрасте. Не зря в США запрещено продавать алкоголь людям младше 21 года!

В разном возрасте алкоголизм развивается с разной скоростью. Чем младше человек, тем быстрее это происходит!

 Если в 25–27 лет человек поставил себе задачу научиться много пить и не пьянеть, то через год эта задача будет выполнена. Он станет алкоголиком первой стадии, что позволит ему «свысока» смотреть на «слабаков», плохо переносящих уже привычные для него дозы алкоголя. Алкоголиком третьей стадии (с тягой к опохмелению, с запоями, с красным носом и т.п.) он будет только к 35–45 годам.

Если человек подобное «закаливание» начнет с 18–20 лет, то алкоголиком третьей стадии он станет уже к 22–24 годам.

В подростковом возрасте алкоголизм первой стадии сформируется за полгода. При продолжении употребления больших количеств алкоголя через 2–3 года молодой человек дойдёт до заключительной стадии алкоголизма.

От взрослых часто можно услышать, что если у человека сильная воля, то он может в любой момент прекратить пить, «завязать». Да, может. Но проблема в том, что *эта* болезнь (алкоголизм) не имеет обратного хода. Человек останется на той стадии, на которой остановился. И все изменения, которые претерпели его интеллект, память, его внутренние органы, останутся неизменными. Более того, если этот человек вновь начнет употреблять алкоголь, болезнь будет продолжать своё логическое развитие с той стадии, на которой она была остановлена.

Итак, **важные моменты**, к которым мы пришли:

* Постараться жить без употребления алкоголя как можно дольше (до 21 года, лучше до 24 лет).
* Если употребление алкоголя в вашей компании уже обычное дело, постарайтесь пить мало, очень мало и только слабоалкогольные напитки.
* Если употребление больших доз алкоголя в вашей компании обычное дело (причем не важно, частое или не очень, так как частое употребление больших доз сформирует алкоголизм, а редкое употребление больших доз «посадит» вашу печень) – может быть, вам сменить компанию?
* Если употребление больших доз алкоголя в вашей компании обычное дело, но они хорошие ребята и не виноваты в том, что не знают симптомов первой стадии алкоголизма, может быть, вы им об этом расскажете? Не умирать же им, в конце концов, от наркологической неграмотности?

Второе – это **свобода.** Помните о том, что у вас всегда есть свобода выбора: пить или не пить и сколько пить.

Если бы в смоделированной нами ситуации с четырьмя мужчинами здоровый мужчина не пил или выпил бы не более 50–100 мл алкоголя, он чувствовал бы себя достаточно нормально, поддерживал беседу, танцевал, провёл бы хорошую ночь с женой, а наутро отправился на работу. Неужели пить *много* было так необходимо? Неужели *обстоятельства* были таковы, что ему никак нельзя было поступить по-другому? Выбор есть всегда. Хотя, конечно, это не простая проблема – *принуждение к употреблению алкоголя, тем более в тинэйджерской группе.*

***Правила взаимодействия с манипуляторами***

* Если к вам относятся уважительно, вас ни к чему принуждать не будут, в том числе и к употреблению алкоголя.
* Если компания, в которой вы оказались, собирается выпить и приглашает вас к этому занятию фразами «ты же не маменькин сынок/дочка», «мы уже большие», «докажи, что ты не слабак», «покажи, что ты умеешь» и т.п., можете быть уверены: они знают (или чувствуют), что вы лучше, выше, успешнее их. Их цель – самовозвышение за счёт вашего принижения. Они не видят другого способа стать вам равными, дорасти до вас. Не позволяйте им себя провести, тем более так грубо.
* Если ваш пол – женский, а компания, в которой вы оказались, разнополая (мальчики-девочки) и собирается выпить, приглашая вас к этому занятию фразами «ну, что же ты, у нас так не принято, пей до дна», «давай ещё с тобой выпьем», будьте осторожны: вас может ожидать и сексуальное принуждение (нетрезвая девушка сопротивления оказать в большинстве случаев не в состоянии).

Третий момент – **досуг**. Практика показывает, что в алкогольные сети попадают те, кому «нечего делать», «нечем себя занять».

* Организуйте свой досуг: посещайте секцию или кружок, имейте хобби, читайте больше, осваивайте компьютер, займитесь изучением иностранного языка, организуйте футбольную команду – всё это пригодится вам и во взрослой жизни.

И, наконец, – **партнер**. Если вы не станете алкоголиком, но им окажется ваш партнер (тем более муж или жена), и у вас, и у ваших детей будет много дополнительных проблем.

* Моральное преступление – выйти замуж за человека, у которого после 1–2 стаканов водки не развивается отравление алкоголем.

**Лечение и уход при неврозах**

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 (С.И.О.З.С., агомелатин, пирлиндол, пипофезин.), они не только улучшают настроение, но и эффективны при навязчивостях и приступы паники. Стойкий страх, навязчивые мысли, «мысленная жвачка» считаются показанием к регулярному приему безопасных нейролептиков (сульпирид, хлопротиксен, кветиапин) 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 (Л.Ф.К., 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 уличу 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.

**Рекомендации родителям**

1.Необходимо проводить лечебно-оздоровительные мероприятия с учетом основного заболевания и сопутствующим ему отклонений в состоянии здоровья. Медикаментозное лечение предполагает комплекс общеукрепляющих, стимулирующих препаратов, успокоительные – для нормализации сна, препараты, улучшающие кровоснабжение головного мозга. Очаги хронической инфекции должны быть санированы.

2.Обязательна организация охранительного режима учебной работы с учетом состояния ребенка. Охранительный режим предполагает строгое чередование нагрузки и отдыха, адекватный двигательный режим, достаточный сон ( и дневной), правильное распределение нагрузки в течении учебного года и рабочей недели, предоставление дополнительного выходного дня, а при ухудшении состояния – перевод на домашнее обучение.

Основной показатель адекватности педагогической нагрузки на ребенка – это высокая работоспособность и активность на занятиях. Быстрая утомляемость свидетельствует о несоответствии предъявляемых требований возможностям ученика. В процессе обучения утомление неизбежно, но нагрузка должна дозироваться так, чтобы возникающее утомление полностью исчезало после отдыха, следующего за работой. Если этого не происходит, утомление накапливается, переходит в хроническое переутомление и ведет к формированию стойкого астенического синдрома.

3.Воспитание по типу гиперопеки будет мешать формированию у ребенка самостоятельности, умению преодолевать трудности. Фиксируя ребенка на его болезненности и ослабленности, можно сформировать ипохондрически-эгоцентрические установки. Результатом сочетания соматической астенизации и неадекватного воспитания может оказаться искаженное формирование личности (астенической или ипохондрической психопатии), дезадаптированной к жизни в целом.

 **Приложение 2**

**Кейс 1**

 Больной Сомов Евгений Сергеевич, 14 лет. Отец страдает алкоголизмом, осужден за изнасилование несовершеннолетней. У матери тугоухость. В 4 месяца, когда сильно плакал, отец швырнул в сына металлический портсигар, попал в висок. В дошкольные годы заикался. С 10 лет прогуливал уроки, время проводил в уличных компаниях, начал выпивать и курить, отнимал у одноклассников деньги, покупал пиво и папиросы. С 14 лет избивает слабых, постоянно лезет в драки. После употребления 1 бутылки пива в один прием, отдельные периоды выпадали из памяти. Обидчив, злопамятен. У матери силком отнимает деньги. Сбежал из дома и два месяца жил у молодого человека. Потом пришел домой, где пивом пытался заглушить периоды тоскливо-злобного настроения с желанием кого-нибудь жестоко избить. Стал пить водку до «отключения», так как при меньших степенях опьянения злоба усиливалась. Влюбился в учительницу, которая не ответила взаимностью. Терроризировал ее телефонными звонками с угрозами убить.

Евгений крепкого сложения. На руках и на теле несколько татуировок криминального значения. Физическое развитие с выраженной акселерацией, регулярно бреется. При патопсихологическом обследовании выявлена резко выраженная склонность к деликвентности и алкоголизации, сильная реакция эмансипации и нонконформизм (стремление индивида придерживаться и отстаивать установки, мнения, результаты восприятия, поведение и так далее, прямо противоречащие тем, которые господствуют в данном обществе или группе).

**Задания:**

1.Определите предположительное психическое расстройство у данного больного.

2.Назовите критерии соответствия данного расстройства личности.

3.Перечислите симптомы декомпенсации расстройства личности у данного больного.

4.Проведите беседу родственникам пациента с патологией личности.

**Кейс 2**

Пациентка Дружинина Тамара Самуиловна, 17 лет. Пубертатный метаморфоз протекал стремительно, менструации установились в 11 лет. С началом полового метаморфоза появились нарушения поведения: стала грубой, нетерпимой к замечаниям. Испытывала удовольствие, когда выводила из себя учителей, фиксируя это на сотовый телефон. Подсыпала матери пачку соли в кастрюлю с супом, всегда выключала свет в туалете, когда кто-нибудь из родителей в нем находился. Закончив 9 классов, поступила в ПТУ. В общежитии ворует продукты из холодильника, принадлежащие другим студентам. Порвала струны гитары у одного юноши, назло сломала компьютер, и порезала бритвой кожаную куртку проживающей с ней в комнате девушки. Просит педагогов и сверстников «поделиться опытом, как быстрее вывести из себя ее классного руководителя». После проявления жестокости к сверстнику, который ей нравится (избила его до кровоподтеков пряжкой ремня по лицу, сломав нос) была направлена на консультацию психиатра.

**Задания:**

1.Определите предположительную нозологическую форму данного хронического психического расстройства.

2.Расскажите стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента.

3.Составьте беседу для педагогов о профилактике алкоголизма.

**Кейс 3**

Мисина Катя, 7 лет, поступила в первый класс в семь лет, однако выделялась среди сверстников хрупкостью. До школы девочка много болела.

Утром Катя тяжело расставалась с мамой или бабушкой, проводившими ее в школу, плакала, не хотела отходить от мамы. На первом уроке долго не включалась в работу, сидела с грустным видом. При обращении учительницы плакала, начинала выполнять задание, но через 10 минут работы отвлекалась и начинала разглядывать одноклассников. В игре Катя терялась, не могла успеть за сверстниками, когда у нее что-нибудь не получалось, начинала плакать. С первых дней учебы начались неудачи: девочка не успевала выполнить задание в классе, часто бросала работу, не закончив ее. Для того, чтобы удержать задание в памяти девочки, требовалось многократное повторение. Домашние задания были выполнены, но Катя проводила за выполнением домашних заданий по 4 часа каждый день, плакала; когда мама заставляла переписывать аккуратно, жаловалась на головную боль. Катя не выбиралась из простуд. У нее пропал аппетит. По утрам она плакала и говорила, что устала и не может идти в школу, стала плохо спать, появился ночной энурез. Оценки в тетрадях становились все хуже и хуже.

**Задания**:

1.Определите предположительную нозологическую форму данного психического расстройства.

Назовите симптомы данного синдрома. Дайте понятие о продуктивных и негативных симптомах.

2.Охарактеризуйте содержание понятий «психоз», «невроз», «психопатия».

3.Определите проблемы пациента.

4.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

5.Расскажите о лечении и уходе при неврозах.

6. Дайте рекомендации родителям.

 **Приложение 3**

**Тестовый контроль по теме: «Пограничные заболевания»**

ВАРИАНТ 1

Выберите среди слов, заключенных в скобки, наиболее подходящие по смыслу:

1. В Российских стационарах больных с неврозами по сравнению с больными с эндогенными психозами (больше, меньше, примерно столько же).
2. Причиной психогенного заболевания можно считать стресс, который возник (в первые годы жизни, в пубертатный период, непосредственно перед его началом).
3. Психогенное заболевание НЕ МОЖЕТ проявляться (астеническим синдромом, навязчивостями, корсаковским синдромом, галлюцинациями).
4. Психическое расстройство, возникшее вследствие неосторожных, психологически не оправданных высказываний врача, называется (клаустрофобией, ятрогенией, дисморфофобией (дисморфоманией), компульсией).
5. Реактивный параноид нередко возникает (после смерти близкого человека, после выхода на пенсию, у слабослышащих, у лиц с чертами демонстративности).
6. К истерическим психозам НЕ относят (агорафобию, синдром одичания, псевдодеменцию, пуэрилизм).
7. Причиной невроза обычно бывают (длительные путешествия, внутриличностные конфликты, экстремальные физические нагрузки, наследственные заболевания мозга).
8. В настоящее время допускается использование термина (кардионевроз, невроз желудка, ангионевроз, неврастения).
9. К типичным проявлениям неврастении относят (тоску и тревогу, иллюзии и галлюцинации, расстройства сна, судорожные припадки).
10. Истерией болеют (чаще мужчины, чаще женщины, одинаково часто лица обоего пола).
11. Невроз навязчивых состояний чаще возникает у лиц с (тревожно-мстительным характером, демонстративными чертами, холерическим темпераментом).
12. Слепота, глухота и потеря голоса (иногда возникают при истерии, характерны для неврастении, всегда наблюдается при агорафобии, при неврозах никогда не возникают).
13. Симуляцию рассматривают как (проявление истерии, симптом невроза навязчивых состояний, поведение здоровых людей).
14. Лечение больных неврозами в основном проводят (стационарно, амбулаторно).
15. Головную боль, которая возникает у женщин однократно после ссоры с мужем, следует отнести к (истерическому неврозу, неврастении, клаустрофобии, невротическим реакциям).
16. При судорожных припадках у пациента с чертами демонстративности следует (предложить ему перестать дурачиться, не обращать на него никакого внимания, провести тщательное обследование).
17. При лечении реактивной депрессии наибольшее значение имеет сочетание (отдыха и полноценного питания, антидепрессантов и психотерапии, нейролептиков и физиотерапии).
18. Выздоровление при неврозах наблюдается (всегда, больше чем в половине случаев, редко).
19. Отношение медицинского работника к больному неврозом должно напоминать отношение (матери к ребёнку, учителя к ученику, двух взрослых людей).
20. Суицидальное поведение характерно для больных (с истерическим психозом, реактивной депрессией, реактивным параноидом, неврастенией).

Тестовый контроль по теме «Пограничные заболевания»

ВАРИАНТ 2

Выберите среди слов, заключённых в скобки, наиболее подходящие по смыслу.

1. Темперамент человека в первую очередь определяется (условиями воспитания, жизненным опытом, наследственными факторами).
2. Акцентуации личности рассматривают как вариант (нормы, психопатии, психогенного заболевания).
3. Для диагностики личности важнее всего учитывать (внешний вид и телосложение, совершенные пациентом поступки, предполагаемый план действий на будущее, показатели по шкале тревоги Спилберга).
4. Признаками психопатии являются (бред самообвинения и самоунижения, нецелесообразное поведение и расстройства воли, явления психического автоматизма, приступы помрачения сознания).
5. Психотерапию определяют как (крайний вариант нормальной личности, стойкую дисгармонию личности, видоизменение личности под влиянием болезненного процесса).
6. Декомпенсацией психопатии может быть (алкоголизм, шизофрения, эпилепсия, МДП).
7. Паранойяльная психопатия проявляется (приступами агрессии, навязчивыми мыслями и страхами, сверхценными идеями, повышенным настроением).
8. Слабость воли и отсутствие терпения являются главными чертами (неустойчивых, паранойяльных, эксплозивных, шизоидных) психопатов.
9. Сочетание ранимости и бездушия по типу «стекла и дерева» характерно для (неустойчивых, паранойяльных, истерических, шизоидных) психопатов.
10. Типичными чертами психастеников являются (вспыльчивость и отходчивость, настойчивость и подозрительность, слабость и утомляемость, осторожность и пунктуальность).
11. Для истерической психопатии типичны (навязчивые страхи, демонстративные суициды, приступы дисфории, периоды злоупотребления алкоголем).
12. Алкоголизм обычно НЕ ВОЗНИКАЕТ у (неустойчивых психопатов, астенических психопатов, эксплозивных психопатов, психастеников).
13. Расторможенность влечений характерна для (психастеников, гипертимных личностей, паранойяльных психопатов).
14. Точнее всех назначенный врачом режим будет соблюдать (психастеник, гипертимная личность, неустойчивый психопат, экспансивный шизоид).
15. Изменения личности при органических заболеваниях проявляются (аутизацией и пассивностью, эгоцентризмом и приземленностью интересов, непослушанием и неуправляемостью, аморальностью и безответственностью).
16. Назначение психотропных средств при психопатиях (приводит к полному выздоровлению, помогает адаптации пациентов, не дает никакого эффекта).
17. Больными с психопатиями не рекомендуется назначать (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы).
18. Чаще всех объектом насилия психопатов становятся (другие психопаты, больные параноидной шизофренией, инфантильные и умственно отсталые пациенты, больные алкоголизмом).
19. Для пациентов с психопатиями НЕ ТИПИЧНЫ (дезориентировка в месте и времени, демонстративные суицидальные попытки, побег из отделения, нежелание покидать стационар).
20. Удерживание больных психопатией в психиатрическом стационаре против воли (допускается при злоупотреблении алкоголем, допускается при употреблении наркотиков, не допускается).

 **Приложение 4**

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

1.Продемонстрируйте на фантоме алгоритм действий медицинского персонала при применении мер физического стеснения (МФС).

2.Проведите беседу «Правильный прием лекарственных препаратов».

3.Проведите беседу по вопросам профилактики алкоголизма.

4.Продемонстрируйте на фантоме технику промывания желудка зондовым способом.

5.Продемонстрируйте на фантоме алгоритм кормления пациента при отказе от еды.

6.Расскажите алгоритм оказания НМП при психомоторном возбуждении и суицидальном поведении.

7.Продемонстрируйте на фантоме алгоритм внутримышечной инъекции.

8.Расскажите алгоритм оказания НМП при эпилептическом статусе.

9.Окажите первую медицинскую помощь при передозировке опиатов, отравлении этиловым спиртом, бензодиазепинами.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ**

1. Перечислите симптомы кататонического синдрома. Организация лечения и ухода.
2. Охарактеризуйте истинные зрительные галлюцинации.
3. Перечислите синдромы расстройств сознания и пароксизмальных состояний.
4. Дайте понятие о психозах и неврозах.
5. Назовите клинические проявления эпилепсии. Неотложная помощь при эпилептическом статусе.
6. Расскажите о симптомах и синдромах нарушений мышления, памяти и интеллекта**.**
7. Перечислите симптомы и синдромы расстройств эмоционально-волевой и двигательной сферы.
8. Назовите основные проблемы, вызванные психическими расстройствами.
9. Расскажите о лечении и уходе при алкоголизме.
10. Охарактеризуйте ургентные состояния в психиатрии.
11. Дайте понятие о невменяемости и недееспособности.
12. Перечислите типичные клинические проявления шизофрении.
13. Охарактеризуйте побочные эффекты и осложнения психотропных препаратов, их лечение.
14. Назовите симптомы большого наркоманического синдрома.
15. Расскажите о правовых основах и организационных принципах оказания психиатрической помощи.
16. Перечислите особенности организации помощи пациентам в психиатрическом стационаре.
17. Охарактеризуйте применение мер физического стеснения в психиатрической практике.
18. Расскажите о режиме отделения в психиатрическом стационаре.
19. Охарактеризуйте организацию лечения и ухода за беспомощными больными (корсаковский синдром, деменция, кататонический ступор).
20. Дайте понятие терминам: ПАВ, наркотик, аддиктивное поведение, наркомания, созависимость.
21. Расскажите о лечении и уходе при наркоманиях.
22. Перечислите помощь пациентам с патологией личности.
23. Назовите реактивные состояния.
24. Дайте характеристику неврозам.
25. Перечислите принципы лечения и ухода неврозов.
26. Назовите различные виды наблюдения за пациентами.
27. Охарактеризуйте оказание первой помощи при передозировке опиатов.
28. Перечислите принципы оказания НМП при отравлении этиловым спиртом и суррогатами алкоголя.
29. Охарактеризуйте НМП при отравлении бензодиазепинами.
30. Назовите виды психомоторного возбуждения и особенности его купирования.