# Лекция № 1

# Тема 1.1. Организация психиатрической помощи

**План лекции:**

1. Виды психиатрической помощи.

2. Правовые аспекты психиатрии.

3. Роль медицинской сестры в организации и оказании сестринской помощи пациентам с психическими расстройствами.

4. Основные принципы ухода за пациентами с нарушениями психического здоровья на посту строгого надзора и дифференцированного наблюдения.

**Виды психиатрической помощи**

- Лечебно-диагностическая (амбулаторная, стационарная, неотложная психиатрическая помощь);

- Учреждения реабилитации и социальной поддержки (лечебно-трудовые мастерские, рабочие группы при органах социальной защиты для ухода за больными на дому, общежития и специализированные дома инвалидов для психически больных, оставшихся без опеки);

-Образование и профессиональная подготовка инвалидов (специализированные детские сады, лекотеки, школы и ПТУ);

- Психиатрическая экспертиза (трудовая экспертиза - экспертиза временной нетрудоспособности, МСЭК; судебная и военная экспертиза - отделения судебной и военной экспертизы при районных больницах, кабинеты амбулаторной экспертизы в составе специализированных медицинских экспертных комиссий).

**Правовые аспекты психиатрии**

В РФ в 1992 году принят Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

**Права лиц, страдающих психическими расстройствами**

Добровольное обращение за психиатрической помощью (**статья 4)** (несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а так же лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

**Ст. 5** - содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для лечения и обследования.

**Ст. 11 и 12** – согласие и отказ от лечения.

Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, дается их законным представителям после сообщения им сведений, предусмотренных частью 2 настоящей статьи (врач обязан представить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере его психического расстройства, целях, включая альтернативные, продолжительности рекомендуемого лечения, а так же болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации).

Лечение может производиться без согласия лиц, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а так же при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона.

**Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре** (ст. 37)

Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в стационар, его права и установленные там правила, о чем делаются записи в медицинской документации. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре впервые, могут:

Обращаться непосредственно к главному врачу или зав отделения по вопросам лечения, обследования, выписки и соблюдения правил, предоставленным настоящим Законом.

Подавать без цензуры жалобы и заявления в организации представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, адвокату.

Встречаться с адвокатом, священнослужителем наедине, использовать религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу.

Выписывать газеты и журналы, получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет.

Пациенты имеют так же следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача, зав. отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности других лиц.

Вести переписку без цензуры.

Получать и отправлять посылки, бандероли, денежные переводы.

Пользоваться телефоном, принимать посетителей, иметь и приобретать предметы первой необходимости и пользоваться своей одеждой.

**Основания для госпитализации в психиатрический стационар (ст. 28**)

Наличие у лиц психического расстройства и решение психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановлении судьи.

Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо отсутствие родителей или законного представителя помещение несовершеннолетнего в стационар проводится по решению органов опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

Получение согласия на госпитализацию оформляется записью в медицинскую документацию за подписью лица или его законного представителя и врача - психиатра.

**Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст. 29)**

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано без его согласия или без согласия его законных представителей до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих

- его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять потребности

- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Одним из важнейших аспектов правового регулирования является основание для помещения в стационар ребенка или подростка, не достигшего 15 летнего возраста. Для этого в соответствии с Законом, требуется согласие обоих родителей, получение которого на практике оказывается проблематично. Кроме Закона РФ, правовое положение душевнобольных рассматривается в Уголовном и Гражданском кодексах РФ. Уголовный кодекс рассматривает ответственность лиц, совершивших в состоянии психического расстройства уголовного преступления. Больные не подлежат ответственности, если они в момент совершения общественно опасного деяния находились в состоянии невменяемости.

**Невменяемость** - состояние, при котором лицо не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

В Гражданском кодексе РФ определяются понятия правоспособности и дееспособности, которые имеют большое значение для регулирования имущественных прав граждан.

**Недееспособность** определяется судом в связи с наличием психического расстройства, которое не позволяет больному понимать значение своих действий и руководить ими.

**Психиатрическое освидетельствование (ст.23)**

Проводится для определения: страдает ли обследуемый психическими расстройствами, нуждается ли он в психиатрической помощи, а так же для решения вопроса о виде такой помощи.

Психиатрическое освидетельствование, а так же профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого, в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей или законного представителя. В случае возражения одного из родителей или представителя, проводится по решению органов опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

Психиатрическое освидетельствование может быть проведено без его согласия или согласия его попечителя, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих;

- его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять потребности.

**Роль медицинской сестры в организации и оказании сестринской помощи пациентам с психическими расстройствами**

Согласно ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА Сестринское дело в психиатрии (2010 г.),единице профессионального стандарта: «Сестринское обеспечение психиатрической медицинской помощи пациентам в составе многопрофильной медицинской бригады», медицинская сестра в области сестринского дела в психиатрии должна уметь:

* определять приоритетность и очередность выполнения работ при оказании психиатрической помощи пациентам, эффективно распределять свое рабочее время
* взаимодействовать с врачом психиатром, сотрудниками отделения, службами ЛПУ и другими организациями по вопросам ухода в интересах пациента
* соблюдать нормы этики, морали, права и языка при всех видах профессиональных коммуникаций
* владеть приемами терапевтического общения с пациентами при оказании психиатрической помощи
* устанавливать и обсуждать с пациентом определенные границы профессионального общения (ограничение ответственности, времени, ограничение агрессивных поступков, ограничение привязанности)
* поддерживать контакт психически нездорового пациента с реальностью
* развивать у пациентов с психическими нарушениями понимание своего поведения
* способствовать улучшению самосознания
* предоставлять пациентам с психическими расстройствами информацию о правилах внутреннего распорядка психиатрического стационара
* разъяснять правила и условия отправления религиозных обрядов, со действовать осуществлению права совести верующих и атеистов

обеспечивать возможность переписки, подачи жалоб в любые инстанции через администрацию психиатрического отделения

* получать медицинскую информацию и проводить сестринское обследование пациентов с психическими расстройствами
* выявлять проблемы пациентов с психическими расстройствами, определять вид и способ сестринских вмешательств
* планировать и осуществлять мероприятия сестринского ухода в соответствии с отраслевыми стандартами и протоколами сестринского ухода
* выполнять лечебно-диагностические процедуры по назначению врача психиатра в соответствии с отраслевыми стандартами
* осуществлять надзор или обеспечивать дифференцированный режим наблюдения в зависимости от состояния психиатрического пациента
* проводить наблюдение и давать оценку состояния, настроения и поведения пациента с психическими расстройствами в динамике
* контролировать содержание посылок и передач в целях безопасности пациента и других лиц
* организовывать прогулки, обеспечивая безопасность пациентов с психическими расстройствами и других лиц
* проводить обучение семьи
* заполнять документацию установленного образца по результатам работы
* вводить данные в формы учета и отчетности по виду деятельности

проводить итоговую оценку ухода, взаимодействуя с врачом психиатром и другими специалистами психиатрической медико-социальной службы

* определять собственные профессиональные затруднения по виду деятельности и средства их преодоления.

**Основные принципы ухода за пациентами с нарушениями психического здоровья на посту строгого надзора и дифференцированного наблюдения**

Психически больные в определенных состояниях не способны управлять своими действиями, отдавать себе в них отчет. В поведении они руководствуются болезненными переживаниями, не могут оценить своего состояния. Вследствие этого такие больные могут оказаться опасными для окружающих, для самих себя или стать беспомощными, пострадать от несчастного случая. Поэтому уход за психически больными сопряжен с надзором за их поведением и наблюдением за их состоянием. Осуществляемое персоналом наблюдение необходимо также для выявления симптомов психических расстройств, оценки психического состояния, действия примененных методов лечения. В психиатрических больницах выработана система надзора и наблюдения за больными в зависимости от их состояния. Строгий надзор осуществляется за больными с помрачненным сознанием или с тяжелыми болезненными переживаниями (некоторые формы бреда и галлюцинаций), под влиянием которых больной может пострадать сам (попытки к самоубийству, самокалечение, упорный отказ от пищи и др.), нанести ущерб окружающим или стремиться к побегу. При строгом надзоре больные содержатся в специальной палате под круглосуточным наблюдением персонала и могут покинуть эту палату (для туалета, процедур и т. п.) только в сопровождении персонала. **Усиленное наблюдение** может осуществляться в обычных палатах за больными, которые требуют пристального внимания персонала в связи с необходимостью отметить проявления психических расстройств, возможностью осложнений, обусловленных как течением самой болезни, так и связанными с применяемыми методами лечения. Усиленное наблюдение назначается по соматическим показателям, а также беспомощным и слабым больным. Остальные больные находятся **под общим наблюдением** персонала. С развитием системы реабилитации психически больных разработан ступенчатый дифференцированный режим наблюдения. В настоящее время этот режим стал использоваться шире. **Наиболее строгий (ограничительный)** режим отличается от строгого надзора тем, что больному предоставляется свобода передвижения в пределах отделения, но под непрерывным наблюдением персонала. Кроме того, существует режим дифференцированного наблюдения, режим открытых дверей и частичной госпитализации (по типу дневного или ночного стационара, домашние отпуска и др.). Режим наблюдения сочетается с лечебным режимом охранительным (включая постельный), щадящим и активизирующим (с широким использованием трудотерапии, культтерапии и т. д.).

Работа в психиатрических учреждениях (больницах, полустационарах, диспансерах) предъявляет к персоналу высокие требования и сопряжена с постоянным и значительным напряжением. Во всех ситуациях персонал должен сохранять выдержку и спокойствие, никогда не повышать голоса, не отвечать на выпады больных, терпеливо выслушивать жалобы и болезненные высказывания, не опровергать их, но и не поддакивать больным. Надзор и уход за больными необходимо осуществлять таким образом, чтобы не оскорблять их достоинства, при этом сохранять постоянную бдительность, особенно во время приема больными пищи, процедур, обхода врачей, прогулок, туалета, свиданий с родными.

**Вопросы для самоконтроля:**

1.Перечислите виды психиатрической помощи.

2.Охарактеризуйте правовые аспекты психиатрии.

3.Расскажите о роли медицинской сестры в организации и оказании сестринской помощи пациентам с психическими расстройствами.

4.Назовите основные принципы ухода за пациентами с нарушениями психического здоровья на посту строгого надзора и дифференцированного наблюдения.

**Лекция № 1 (продолжение)**

**Тема 1.2. Основные психопатологические симптомы и синдромы**

**План лекции:**

1.Общая характеристика психических расстройств.

2.Расстройства восприятий и ощущений.

3.Нарушение мышления. Бред и бредовые синдромы.

4.Нарушение памяти. Корсаковский амнестический синдром.

5.Нарушение интеллекта.

6.Расстройства эмоционально-волевой и двигательной сферы.

7.Аффективные расстройства. Депрессивный синдром. Маниакальный синдром.

8.Синдромы нарушенного сознания.

***Симптом* –** повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к дезадаптации.

***Синдром* –** повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующих настоящее состояние больного.

***Классификация синдромов***

По степени тяжести выделяют 5 уровней синдромов.

1.Невротические и неврозоподобные синдромы:

- астенический;

- обсессивный;

- истерический.

2.Аффективные синдромы:

- депрессивный;

- маниакальный;

- апато-абулический.

3.Бредовые и галлюцинаторные синдромы:

- паранойяльный;

- параноидный;

- синдром психического автоматизма;

- парафренный;

- галлюцинозы.

4.Синдромы нарушенного сознания:

- делириозный;

- онейроидный;

- сумеречное помрачение сознания.

5.Амнестические синдромы:

- психоорганический;

- корсаковский;

- деменции.

В психиатрии принято выделять расстройства **невротического и психотического** уровня.

***Психоз* -** проявляется тяжелым нарушением психических процессов, при котором человек теряет способность правильно воспринимать и понимать окружающий мир и себя самого.

**Признаки психоза:** неправильное отражение окружающего мира (бред и галлюцинации); отсутствие критики (сознания болезни); опасное поведение (психомоторное возбуждение, агрессивность и т.д.).

***Невротические расстройства*:** больные с неврозом правильно воспринимают мир и себя, они понимают имеющиеся нарушения психики, страдают и не могут избавиться от них усилием воли, их поведение не опасно.

В психиатрии широко используется разделение симптомов на **продуктивные и негативные.**

К *продуктивной симптоматике* относят появления у пациентов на фоне заболевания новых функций: бред и галлюцинации, навязчивые идеи, сильное чувство тоски при депрессии, психомоторное возбуждение.

*Негативная симптоматика* (дефект, минус - симптом) - проявляется утратой имевшихся ранее функций, снижением способностей, ущербом психики: утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (апатия).

***Негативные симптомы отличаются стойкостью, эффективных методов лечения негативной симптоматики не существует.***

**Расстройства восприятий и ощущений**

**Расстройства ощущений**

К данной группе расстройств относятся нарушения простых чувств человека – слуха, зрения, осязания, боли, тепла, холода, вкуса, запаха.

**Общая гиперестезия** – общее усиление чувствительности, сопровождающееся повышенной раздражительностью.

Гиперестезия – характерное проявление астенического синдрома.

**Общая гипостезия** – общее снижение чувствительности с тягостным для больного чувством утраты яркости восприятия всех оттенков окружающего мира.

**Иллюзии и галлюцинации**

***Иллюзии –*** расстройства восприятия, при которых вместо реально существующих объектов человек воспринимает совершенно другие предметы и объекты.

***Галлюцинации*** – расстройства восприятия, при которых объекты или явления воспринимаются там, где в действительности ничего нет. Галлюцинации указывают на грубое расстройство психики (психоз).

**Нарушение мышления**

*Ускорение мышления* проявляется быстрой, скачущей речью. У больных в голове возникает множество ассоциаций, из-за этого они легко отвлекаются от основной темы, не заканчивают свою мысль. Ускоренное мышление – типичное проявление маниакального синдрома.

*Замедление мышления*, напротив, заключается в бедности ассоциаций. Больные малоразговорчивы, говорят всегда медленно и односложно, долго думают перед тем, как ответить на вопрос, на сложные вопросы они не могут ответить вовсе. Их ответы очень просты – «да» или «нет». Чаще всего данное расстройство наблюдают при депрессивном синдроме.

*Патологическая обстоятельность* (вязкость) проявляется медленной тягучей речью, но при этом больные довольно многословны, с чрезмерной детализацией описывают свои жалобы, воспоминания. Чаще всего причиной обстоятельности мышления бывают органические заболевания мозга, особенно эпилепсия.

*Резонерство* – бессмысленное рассуждательство. Больные бесконечно рассуждают на отвлеченные темы. Они не могут четко сформулировать ответ на вопрос, так как не стремятся к этому.

*Паралогическое мышление* заключается в том, что больной путем сложных логических построений приходит к абсурдным выводам. Нередко паралогическое мышление является основой бредовой системы. При этом паралогические построения больного как бы доказывают справедливость его мыслей.

**Бред и бредовые синдромы**

***Бред*** – ложное умозаключение, не поддающееся разубеждению.

Бред – это признак психоза. Бред относят к продуктивным симптомам, современные лекарственные средства могут избавить больного от бреда или значительно уменьшить его выраженность.

*Бред преследования* может выражаться убежденностью в том, что кто-то следует за больным по пятам, проверяет его вещи и бумаги, подсматривает за ним из окон.

*Бред воздействия*. Нередко больной уверен, что на него оказывают воздействие сложными техническими и биологическими средствами, с тем, чтобы лишить его воли, рассудка, украсть его мысли.

*Бред ревности* может возникать при самых различных заболеваниях, его трудно выявить в беседе с больным, так как пациент стыдится своих «неизменных» чувств. Известны случаи, когда больные физически расправлялись с супругой или ее воображаемым «любовником».

*Бред материального ущерба* проявляется мыслями о том, что преследователи якобы воруют продукты, портят вещи, бьют посуду, подтачивают мебель и т.д.

***Параноидный синдром*** характеризуется сочетанием галлюцинаций с бредовыми идеями преследования, воздействия или отравления. При этом синдроме доказательства строят уже не на реальных фактах, а на галлюцинаторных образах, что делает систему бреда неправдоподобной, иногда фантастической. Самым частым вариантом параноидного синдрома является синдром *психического автоматизма.*

***Синдром психического автоматизма Кандинского – Клерамбо –*** типичное проявление параноидной шизофрении. Его важнейшие компоненты*:* психический автоматизм; псевдогаллюцинации; бред воздействия. *Три вида психического автоматизма*: ***идеаторный автоматизм*** – ощущение, что мысли больного неподвластны его воле, он проявляется чувством вкладывания в голову, чтения, отнятия мыслей, передачи их на расстояние; ***сенсорный автоматизм*** – отчуждение своих ощущений и эмоций; ***моторный автоматизм*** – отчуждение своих движений, мимики, речи, чувство, что его руками, ногами, языком управляют другие люди или существа.

**Нарушения памяти (мнестические расстройства)**

*Гипомнезия* – общее ослабление всех функций памяти. Больной испытывает трудности при запоминании новой информации, не может долго удерживать в памяти некоторые факты и с трудом воспроизводит то, что он хорошо знает.

*Амнезия* ***–*** полное выпадение из памяти ряда событий (обычно в пределах определенного временного промежутка).

Варианты амнезии: *ретроградная амнезия –* утрата воспоминаний о периоде, непосредственно предшествовавшем началу болезни, чаще мозговой катастрофе (травма, инсульт, острая интоксикация и др.); *антероградная амнезия –* выпадение из памяти событий, происходивших после начала заболевания (острой мозговой катастрофы). Период, когда больной уже пришел в себя после потери сознания, но все еще не может

фиксировать наблюдаемые события; *фиксационная амнезия –* неспособность длительно удерживать в памяти какую-либо новую информацию. Больной полностью забывает все сказанное ему уже через несколько минут, но события далекого прошлого, наоборот, могут четко сохраняться в памяти пациента.

***Корсаковский амнестический синдром проявляется:*** *фиксационной амнезией; ретроантероградной амнезией; амнестической дезориентировкой; парамнезиями (конфабуляциями и псевдореминисценциями).* Главное расстройство при корсаковском синдроме – фиксационная амнезия, она определяет все поведение человека, делает его беспомощным в новой ситуации. Корсаковский синдром проявляется негативной симптоматикой, поэтому нарушения памяти плохо поддаются лечению.

**Нарушения интеллекта**

Все нарушения интеллекта разделяются на две группы: *олигофрении* и *деменции.*

***Олигофрения*** (малоумие, умственная отсталость) – врожденное или до 3х лет приобретенное интеллектуальное недоразвитие. Основная причина олигофрении – алкоголизм матери.

***Идиотия*** – наиболее тяжелая степень олигофрении. Больные не способны жить без посторонней помощи. У них отсутствует речь, они не узнают близких, не способны к самообслуживанию. Свои потребности больные выражают криком и плачем, многие из них не могут ходить. Психический дефект при идиотии сопровождается множественными врожденными пороками развития.

***Имбецильность*** *–* тяжелая умственная отсталость с возможностью формирования простых психических функций: речи, эмоциональных реакций, простых двигательных навыков. Речь больных крайне примитивна. У пациентов можно воспитывать навыки самообслуживания, они едят самостоятельно, ходят в туалет, надевают простую одежду. Им не доступны школьные знания: чтение, письмо, счет. Возможна трудовая деятельность. ***Дебильность*** *–* наименьшая степень олигофрении, при которой формируются элементы конкретно *–*ситуационного мышления, позволяющие больным не только усваивать простейшие школьные знания, но и получать профессию. Больные могут учиться в специализированных школах, где их обучают чтению, письму, простейшему счету. Эти пациенты довольно внушаемы, копируют поведение окружающих, под их влиянием могут начать курить, злоупотреблять алкоголем, воровать.

*Деменцией* (слабоумием) называют резкое снижение интеллекта после длительного периода его нормального развития, при ней происходит утрата многих выработанных способностей, накопленных знаний и умений. Как правило, выздоровление при данном расстройстве невозможно. В большинстве случаев деменция является признаком органических заболеваний (мозговая атрофия, поражение сосудов, опухоли и травмы мозга, тяжелые интоксикации и энцефалит).

**Расстройства эмоционально-волевой и двигательной сферы**

**Расстройства воли и влечений**

*Гипербулия* характеризуется общим повышением всех базовых влечений. У больных повышается аппетит. Повышенная сексуальность выражается стремлением наряжаться и кокетничать у женщин, мужчины также проявляют повышенное внимание к своему внешнему виду, склонны ухаживать и делать множество комплиментов. Потребность в общении проявляется навязчивостью, говорливостью. Данный синдром – типичное проявление маниакального синдрома.

*Гипобулия* – общее ослабление всех основных потребностей человека. При этом резко снижается аппетит. Утрата сексуального влечения ведет к снижению внимания к своей внешности, женщины не следят за чистотой прически и одежды, мужчины забывают бриться. Подавление родительского инстинкта приводит к тому, что мать перестает ухаживать за детьми и мужем. Ничто не удерживает больных от самоубийства. Это проявления депрессивного синдрома.

Резкое снижение воли называется *абулией,* такие пациенты становятся пассивными, ленивыми. Они совершенно не могут выносить даже кратковременную нагрузку, отказываются от задуманного при наличии малейшего препятствия, часто проявляют нетерпение, требуют, чтобы окружающие немедленно исполняли их желания. При более выраженной абулии пациенты отказываются выходить из дома, принимать душ.

*Абулия* – важнейший компонент ***апатико***–***абулического синдрома***. Кроме абулии, в этот синдром входит утрата высших чувств человека: совести, любви, стыда, ответственности, страдания, вины. Утрата эмоций называется *апатией*, в зависимости от тяжести болезни она может проявляться холодностью, равнодушием или даже эмоциональной тупостью. Больные не испытывают привязанности к родным, не чувствуют вины за свою лень и иждивенчество, не страдают от скуки и одиночества, не стремятся к работе и служебному росту, безразличны к заботам семьи.

**Двигательные расстройства**

Расстройство двигательной сферы может проявляться возбуждением (гиперкинезия), ступором (гипокинезия) или странными, вычурными, бессмысленными движениями (паракинезия).

*Психомоторное возбуждение* может быть проявлением острого галлюцинаторно-бредового психоза. Такие больные спасаются бегством от воображаемых преследователей, уверены, что за ними осуществляется слежка и погоня, так как они слышат угрозы и оскорбления (галлюцинации), а в речи случайных людей они различают намеки и оклики (иллюзии), всё кажется им изменившимся и подозрительным (дереализация). Доведенные до отчаяния больные могут нападать на окружающих, воображаемых обидчиков, портить свои вещи и документы (якобы избавляться от улик), даже пытаясь покончить с собой. Эти больные не ориентируются в окружающей обстановке, не понимают, кто перед ними находится, могут выйти в окно вместо двери.

*Ступор может быть проявлением:* кататонического синдрома; депрессивного синдрома; слабоумия вследствие поражения лобных долей мозга; острой психогенной или истерической реакции.

*Симптомы кататонического синдрома:*

* полная или частичная обездвиженность (ступор);
* странная неестественная поза (утробная поза, симптом воздушной подушки и др.);
* растормаживание древних рефлексов (хватательного, сосательного и др);
* общее повышение тонуса мышц и каталепсия (восковая гибкость);
* негативизм (активный и пассивный);
* мутизм (полное молчание);
* пассивная (автоматическая) подчиняемость;
* хаотичное нецеленаправленное возбуждение;
* двигательные и речевые стереотипии;
* импульсивные поступки;
* манерность движений и позы;
* вычурная мимика;
* эхо-симптомы (эхолалия, эхопраксия, эхомимия).

**Аффективные расстройства**

*Повышение настроения (гипертимия)* – стойкое, болезненное, не зависящее от реальной ситуации чувство радости, приподнятости, веселья. Гипертимию считают основным симптомом маниакального синдрома.

Особый вариант повышения настроения – *эйфория* (благодушно-беспечный эффект). Больные всем довольны, не высказывают никаких пожеланий, не проявляют инициативы, бездеятельны, склонны к пустым разговорам. Причины эйфории – различные органические заболевания мозга (опухоли, атрофия, энцефалит), тяжелые интоксикации (алкогольные и наркотические опьянения, интоксикация при печеночной или почечной недостаточности) и соматические заболевания (атеросклероз сосудов головного мозга, тяжелые инфекции и др.).

*Снижение настроения (гипотимия)* выражается стойким чувством тоски, печали подавленности. Характерен пессимизм, скептическое отношение к себе и к своему будущему. Настроение не зависит от ситуации: смех и шутка не могут вывести человека из состояния подавленности. Пациент во всем видит крах и безнадежность. Снижение настроения может возникать при большинстве психических заболеваний, особенно ярко оно проявляется при депрессивном синдроме.

*Дисфория* – тоскливо-злобное настроение с желанием на ком-то разрядиться. В таком состоянии больные с гневом набрасываются на собеседника, оскорбляют, могут ударить его.

*Тревога* – чувство неопределенной угрозы, сопровождающееся возбуждением, неусидчивостью, беспокойством. При психических заболеваниях тревога дезорганизует поведение человека, мешает ему сосредоточиться, приступить к работе, заснуть. При острых неврозах тревога может проявиться в виде острых приступов с соматовегетативными расстройствами (*панические атаки*).

*Апатия* (равнодушие, безразличие) – стойкая неспособность переживать какие-либо эмоциональные чувства (как положительные, так и отрицательные). Отсутствие эмоций приводит к пассивности и бездеятельности – все эти синонимы составляют апатико-абулический синдром. Апатию относят к негативным симптомам, она не исчезает под воздействием лечения.

*Эмоциональная лабильность* характерна для больных истерией: пациенты быстро переходят от смеха к слезам, от бурной благодарности к недовольству и капризам. Одним из вариантов эмоциональной лабильности является *слабодушие* (*эмоциональная слабость*), при котором не только происходят быстрые перемены в настроении, но и отмечается неспособность сдерживать внешние выражения эмоций. Слабодушие – типичное проявление сосудистых заболеваний головного мозга (цереброваскулярный атеросклероз).

*Эмоциональная ригидность* – тугоподвижность, застреваемость эмоций, склонность к длительному переживанию чувств (особенно эмоционально неприятных). Характерны злопамятность, упрямство, мстительность, острое переживание обиды и несправедливости. ***Депрессивный синдром*** – характеризуется триадой симптомов: снижение настроения, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Главным из этих симптомов является снижение настроения с чувством тоски, подавленности, безысходности, печали. Расстройства сна при депрессии проявляются не столько трудностями засыпания, сколько ранним пробуждением и ложным чувством, что ночью не удалось заснуть совсем (отсутствует чувство сна).

***Маниакальный синдром*** также характеризуется классической триадой: повышением настроения, ускорением мышления и психомоторным возбуждением. Повышение настроения проявляется оптимизмом, сильными чувствами радости, счастья, приливом сил и бодрости. Ускорение мышления заметно по быстроскачущей речи больных, у них возникают мысли по любому поводу, они перебывают собеседника, постоянно отвлекаются на посторонние темы. Иногда больные от беспрерывной речи теряют голос, слюна скапливается в уголках рта в виде пены. Характерно повышение основных влечений. Резко повышается аппетит, многие больные начинают злоупотреблять алкоголем.

**Синдромы помрачения сознания**

Обычно рассматривают 3 основных синдрома помрачения сознания: делирий, онейроид и сумеречное помрачение сознания.

***Делирий*** – острое иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, сопровождающееся психомоторным возбуждением и дезориентировкой в месте, времени и ситуации, при сохранении ориентации в собственной личности. Для делирия характерны сценоподобные истинные галлюцинации, которые полностью преображают в сознании больного окружающую обстановку, так, что он перестает понимать, где находится, путает больницу с квартирой или каким-либо другим учреждением. Поведение больного отражает его болезненные переживания, он переговаривается с воображаемым существом, убегает от «преследователей», обороняется от фантастических животных, пытается схватить выдуманный предмет руками.

Делирий развивается поэтапно в течение 1-3 дней. Вначале психоза можно заметить тревогу, суетливость, усиливающиеся к вечеру. Ночью больного беспокоит упорная бессонница и все окружающее пространство заполняется видениями, больной может утверждать, что находится на работе, в магазине и т.д. В таком состоянии, спасаясь от воображаемых преследователей, он может выйти в окно, напасть на родственников и случайных лиц.

Общая продолжительность делирия – от нескольких часов до 3-5 сут. Завершается психоз резко (критически): на 3 – 4 день больной засыпает, спит 10 – 12 ч, после пробуждения все проявления психоза исчезают.

Причиной делирия могут быть острые органические поражения мозга (интоксикации, инфекции, тяжелые соматические заболевания, нарушения мозгового кровообращения). В зависимости от тяжести основного заболевания может наблюдаться либо полное выздоровление, либо формирование стойкого органического дефекта (слабоумие или корсаковский психоз).

***Онейроид*** – относительно редкий психоз с фантастическими переживаниями. Характерны очень яркие образы глобальной мировой катастрофы – «конца света», «мировой войны», «нашествия инопланетян». Многие больные описывают чувства полета, перемещения во времени, и пространстве. Можно выявить двойную ориентировку: пациент точно знает свое имя, понимает, что находится в больнице, но при этом утверждает, что «борется за свободу Вселенной».

Онейроид – проявление острого приступа шизофрении. Продолжительность онейроидного помрачения сознания может быть различной, чаще психоз разрешается в течение 1 или 2 недель. Выход из психоза постепенный: довольно быстро проходят галлюцинации, но кататонические явления, нелепые высказывания и поступки могут сохраняться довольно долго.

Онейроид считают наиболее благоприятным вариантом психоза при шизофрении, в большинстве случаев в исходе формируется качественная ремиссия заболевания, больные возвращаются в семью и на прежнее место работы.

***Сумеречное помрачение сознания*** – это острый пароксизмально протекающий психоз, который проявляется сложными формами поведения и завершается полной амнезией.

*Простые формы сумеречного помрачения сознания* нередко становятся причиной социально опасных и агрессивных действий больных. Они внезапно срываются с места, бегут, сбивают всех на своем пути, бьют со всего размаху любого, кто пытается их остановить, агрессия их бывает нелепа, не мотивированна, они действуют с особой жестокостью, наносят множество ран, каждая из которые может быть смертельной. Грубое расстройство сознания не дает больным оценивать свои поступки с точки зрения морали. По выходе из психоза они не могут объяснить своего поведения, ничего не помня о совершенном.

Амбулаторные автоматизмы обычно не приводят к столь тяжелым последствиям, поведение больных бывает более упорядоченным. В этом состоянии больные могут совершать обычные действия (идти по улице, раздеваться, поправлять одежду, чертить ручкой по бумаге). Некоторые их поступки кажутся осмысленными, однако сами больные не запоминают свои

действия и бывают крайне удивлены, когда оказываются вдали от ожидаемого места. Длительные эпизоды неосмысленного поведения называют трансами. Сумеречное помрачение сознания считается типичным проявлением эпилепсии и других органических заболеваний (опухоли, травмы головы и др.).

**Вопросы для самоконтроля:**

1.Перечислите основы законодательства РФ в области психиатрии.

2.Назовите расстройства восприятия и ощущений.

3.Назовите нарушения памяти.

4.Назовите нарушения мышления. Бред и бредовые синдромы.

5.Назовите нарушения интеллекта. Уход за больными с нарушениями интеллекта. Особенности ухода при болезни Альцгеймера.

6.Назовите расстройства эмоционально-волевой сферы. Апатико-абулический синдром. Уход за беспомощными больными.

7.Перечислите аффективные расстройства. Важнейшие синдромы аффективных расстройств. Уход за депрессивными больными.

8.Охарактеризуйте двигательные расстройства. Уход за больным при психомоторном возбуждении.

9.Перечислите синдромы помрачения сознания.