



А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев

УЧЕБНИК ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

ПСИХИАТРИЯ

Санкт-Петербург
СпецЛит

Учебник для средних
медицинских учебных заведений

Олег Ерышев
Психиатрия

«СпецЛит»

2008

УДК 613 615 616.8

Ерышев О. Ф.

Психиатрия / О. Ф. Ерышев — «СпецЛит»,
2008 — (Учебник для средних медицинских учебных
заведений)

ISBN 978-5-299-00359-8

Учебник соответствует принятым государственным образовательным стандартам и программе обучения. В 19 главах учебника, разделенных традиционно на общую и специальную части, описываются клиническая картина, этиопатогенез, лечение и профилактика душевных заболеваний. При наименовании болезней использована современная Международная классификация (10й пересмотр). Широко освещены проблемы наркологии, психических расстройств в соматической клинике и душевных расстройств у людей в экстремальных ситуациях. В учебнике содержатся сведения о новых, недавно введенных в медицинскую практику психотропных средствах, о современных методах реабилитации душевнобольных. Впервые описан сестринский процесс, являющийся для современной медсестры руководством к действию. Изложены общие положения и сестринский процесс применительно к каждому психическому заболеванию. Предназначен для студентов медицинских училищ и колледжей, для работающих медсестер и фельдшеров психиатрических учреждений и медицинских учреждений общего профиля.

УДК 613 615 616.8

ISBN 978-5-299-00359-8

© Ерышев О. Ф., 2008

© СпецЛит, 2008

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	6
ОБЩАЯ ЧАСТЬ	8
Глава 1	8
Глава 2	10
Глава 3	17
Глава 4	20
Принудительные меры медицинского характера	23
Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия	23
Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке	24
Диспансерное наблюдение	25
Глава 5	27
Судебная психолого-психиатрическая экспертиза	27
Военно-врачебная экспертиза	28
Медико-социальная экспертиза	29
Глава 6	31
Глава 7	46
Расстройства восприятия	46
Расстройства мышления	49
Расстройства памяти и интеллекта	52
Эмоциональные расстройства	53
Волевые и двигательные расстройства	54
Деперсонализация	55
Расстройства сознания	56
Глава 8	62
Глава 9	67
Нейролептики	67
Транквилизаторы	69
Антидепрессанты	71
Ноотропные средства	72
Нормотимические средства	74
Другие средства	74
Глава 10	75
Конец ознакомительного фрагмента.	76

Ерышев О. Ф., Спринц А. М.

Психиатрия

ПРЕДИСЛОВИЕ

Со времени выхода в свет последних учебников по психиатрии для медицинских работников среднего звена минуло почти пятнадцать лет. За это время произошли глубокие и качественные изменения, касающиеся научных достижений в психиатрии, лечения душевных болезней и (что особенно касается медработников среднего звена) ухода за пациентом.

Эти изменения следующие:

1. В средних специальных учебных заведениях невропатология и психиатрия стали преподаваться отдельно. При этом некоторые заболевания, рассматриваемые в курсе психиатрии, теперь изучаются в курсе нервных болезней. Таковы эпилепсия и эпилептиформные синдромы.

2. Коренным образом изменилась классификация душевных болезней; введено в действие их разъяснение и наименования, согласно МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр), при этом заменены названия, ранее широко употребляемые: маниакально-депрессивный психоз, инволюционные психозы, невроты и др.

3. Введены в практику новые, более эффективные средства лечения шизофрении, депрессивных состояний и др. В то же время ряд относительно малоэффективных и токсичных препаратов изъят из реестра лекарственных средств или практически вышел из употребления.

4. Утвержден новый Государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования с современными требованиями к образовательным программам, объему учебной нагрузки студентов, уровню их знаний по отдельным дисциплинам, в том числе по психиатрии.

5. Во главу угла деятельности медсестры поставлен сестринский процесс, что, естественно, касается психиатрии. В России постепенно расширяется обучение сестринскому процессу. Современная сестра должна быть не помощником, а коллегой врача, заниматься «проблемами человека в состоянии болезни» и разрешать как физические, так и духовно-социальные и другие проблемы. Сестринский процесс ранее в учебниках психиатрии не рассматривался.

Роль и значение психиатрии в современном обществе возрастает. Придается особое значение умению медработника проводить профилактику заболеваний, а также реабилитацию пациентов. Достигнут значительный прогресс в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией и другими тяжелыми душевными болезнями. Во всем мире и в России в частности люди оказываются в ситуации тяжелого стресса, обусловленного как стихийными бедствиями, так и массовыми катастрофами. Медицинские работники среднего звена должны уметь оказывать квалифицированную неотложную помощь людям в ситуации тяжелого стресса.

Знание психиатрии необходимо не только медработникам среднего звена психиатрических больниц, диспансеров и т. д. Психические изменения у пациентов и развитие острых психотических состояний нередко при самых разных соматических заболеваниях – внутренних болезнях, после операций, при инфекционных заболеваниях и во многих других случаях.

Авторы учебника поставили перед собой задачу детально изложить вопросы этиопатогенеза, клинические проявления, течение, терапию душевных болезней в пределах, необ-

ходимых для медработников среднего звена. Объем изложения определен Государственным образовательным стандартом и включает современные достижения в психиатрии. Учебник традиционно разделен на общую часть и изложение отдельных психических и поведенческих расстройств с разделами, посвященными сестринскому процессу для каждого из них.

По сравнению с материалами 1-го издания нами внесены следующие изменения.

Изъята глава 6 о качестве медицинской помощи и стандартах сестринской помощи, как не имеющая отношения непосредственно к сфере психиатрии, а относящаяся ко всем медицинским дисциплинам и должна рассматриваться при преподавании «Сестринского дела».

Переработана глава 6 «Сестринский процесс в психиатрии». В нее внесены имеющиеся теоретические разработки, модели сестринского дела; подчеркнуты различия врачебного и сестринского подходов к пациенту, причем именно душевнобольному пациенту.

Внесена информация о новых психотропных средствах последнего поколения.

Внесены добавления, касающиеся этиологии и патогенеза некоторых болезней, учитывая новые разработки.

Второе издание учебника также полностью учитывает требования к базовому уровню подготовки выпускника средних медицинских учебных заведений, а именно:

- знать систему организации психиатрической помощи;
- знать медицинские, юридические и этические аспекты оказания психиатрической помощи;
- знать причины, клинические проявления, принципы лечения психических заболеваний;
- уметь осуществлять и документировать отдельные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами, страдающими душевными заболеваниями;
- уметь оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Глава 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И СВЯЗЬ ЕЕ С ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ

Психиатрию определяют как медицинскую дисциплину, занимающуюся изучением этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения психических и поведенческих расстройств, а также организацией психиатрической помощи населению. В буквальном переводе с древнегреческого «психиатрия» – лечение души. Обозначение психиатрии как части медицины, занимающейся заболеваниями души, представляется правильным, поскольку это устанавливает четкие границы между психиатрией и другими клиническими дисциплинами.

Казалось бы, из медицинских дисциплин психиатрия ближе всего стоит к неврологии (невропатологии), поскольку та и другая имеют дело с болезнями нервной системы. На самом деле разница между ними существенна: неврология имеет дело с соматическими проявлениями страданий мозга (параличи, расстройства чувствительности, рефлексов, равновесия, мышечного тонуса, нарушения осуществления речевой функции и др.). Неврологические расстройства можно увидеть и измерить. Психиатры судят о состоянии человека путем наблюдения и беседы – оценивают его мыслительные процессы, память, эмоциональное состояние, способность адаптации в обществе и семье, т. е. выносимые суждения близки к тем, которые устанавливает человек из наблюдения и беседы с другим человеком, оценивая особенности его души. Психиатрия по методологии, таким образом, стоит ближе не к неврологии, а к психологии, более точно – к медицинской психологии.

Естественно, психиатр (и медицинский работник среднего звена в системе психиатрической помощи населению) не может обойтись без регистрации соматического состояния пациента, например состояния сердечно-сосудистой, пищеварительной систем; наличия или отсутствия хронических инфекционных заболеваний. Но, даже регистрируя эти страдания, специалист-психиатр задается особенной целью – уяснить, каким образом они повлияли на душевное состояние человека: имеется ли между соматической и психической болезнью прямое причинно-следственное отношение, либо произошла неадекватная личностная переработка неблагоприятного соматического состояния, либо длительное соматическое страдание вызвало коренное изменение личности человека (так называемое патологическое развитие личности).

Так, тяжелое инфекционное заболевание с выраженной гипертермией может вызвать помрачение сознания пациента – это пример прямых причинно-следственных отношений соматических и психических расстройств. Другой пример: после инфаркта миокарда пациент, несмотря на положительную динамику сердечно-сосудистых расстройств, испытывает постоянный страх внезапной смерти, сокращает свою активность – это пример неадекватной реакции личности на болезнь. Третий пример: пациент с хроническим колитом, прислушивающийся к своим ощущениям и не доверяющий медикам, превращает свою жизнь в постоянное писание жалоб и хождение от одного специалиста к другому – это патологическое развитие личности.

Медработник, занятый лечением и уходом за пациентами с соматическими заболеваниями, обязан знать психиатрию, не только учитывая вышеприведенные примеры. В соматической клинике нередко возникают острые психотические расстройства, требующие оказания неотложной помощи, которую необходимо уметь квалифицированно осуществить. Далее, медработник соматической клиники должен полностью осознавать роль стресса в происхождении или отрицательной динамике ряда соматических заболеваний и учитывать это при лечении или уходе. Наконец, нередко некоторые психические заболевания дают о себе знать соматическими симптомами (боли в области сердца, необъяснимое колебание массы тела и артериального давления, расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта и др.), т. е. соматические проявления маскируют начинающуюся душевную болезнь (или последняя маскируется соматическими проявлениями). Особенно часто это касается депрессивных состояний, и о таких случаях врач-интернист или медсестра, работающая в соматической клинике, обязаны знать.

Вероятно, не каждый медработник по своим личностным особенностям способен работать с душевнобольными. Для этого необходимы психологическая интуиция, способность сопереживать человеку с теми или другими психическими нарушениями и отклонениями.

По типу расстройств всю психиатрическую патологию можно разделить на носящую психотический характер, когда пациент не в состоянии адекватно оценивать себя, окружающую обстановку и т. д.; на носящую невротический характер, с правильной оценкой собственного состояния и нарушением преимущественно в эмоциональном реагировании, снижением работоспособности, расстройствами в вегетативной сфере; наконец, на носящую личностный (ранее – психопатический) характер, с продолжающейся всю жизнь дисгармонией личности и нарушением адаптации к окружающей среде.

Кроме того, в психиатрии выделились как самостоятельные разделы: детская и подростковая, гериатрическая психиатрия, наркология, судебная, военная психиатрия. Каждого из этих разделов мы коснемся в главах этого учебника.

Вопросы к главе I.

1. Каких вопросов касается психиатрия, в чем ее отличие от неврологии?
2. Какие основные методы применяются в психиатрии при изучении больного?
3. Как подразделяется психиатрическая патология по типу расстройств?
4. Какие самостоятельные разделы выделились из общей психиатрии?

Глава 2

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК. ПСИХИАТРИЯ В РОССИИ

С душевными болезнями люди соприкасались с древних времен, они не являлись чем-то приобретенным в какой-то период развития человечества.

Так, в мифах Древней Греции есть описание приступа безумия у Геракла, убивающего своих детей (предположительно – это проявления эпилепсии с психическим расстройством). То же, вероятно, относится и к упоминаемому в Библии царю Саулу, у которого наблюдались приступы дикой ярости. Еще один царь древнейших времен – Навуходоносор – испытывал чувство превращения в животное, с соответствующим поведением. Согласно исследованию русского психиатра Ковалевского, здесь имеет место феномен деперсонализации (см. главу 7).

Положение психиатрии в обществе удивительно тесно связано с культурным развитием человечества, и оно было различным в каждый исторический период. Так, история Древнего мира – период накопления знаний, и именно тогда появились первые работы о душевных болезнях, об их связи с мозгом (Гиппократ, Аристотель, Цельс). Отец медицины Гиппократ в этот период ввел в обращение такие до сих пор широко известные понятия, как «меланхолия», «мания», «паранойя».

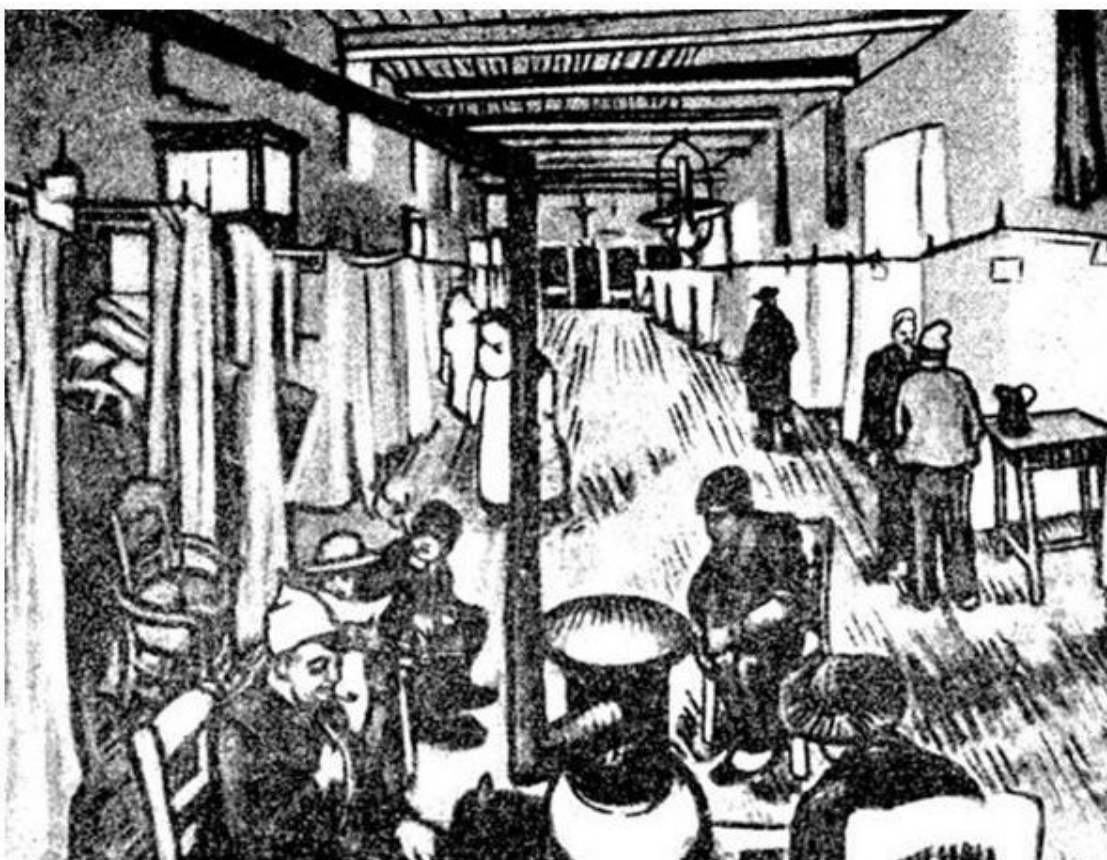


Рис. 1. Коридор в Бедламе (основан в 1537 г.), Лондон¹

¹ Рис. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12 взяты из «Учебного атласа по психиатрии» Я. П. Фрумина и Г. Л. Воронкова (1962).

Средние века – эпоха религиозных догматов и господства инквизиции. Судьба душевнобольных в этот период была печальна: их считали одержимыми бесами, пособниками дьявола; заклинали в монастырях и нередко сжигали как колдунов или ведьм. Содержание не казнимых душевнобольных было ужасным: их приковывали цепями к стенам, держали в клетках, показывали за деньги, как в печально знаменитом Бедламе, доме для умалишенных в Лондоне (рис. 1). Возбужденных больных обливали водой, крутили в специальных устройствах, сбрасывали им волосы. Характерно, что в России отношение к душевнобольным не носило такого жестокого характера, их считали блаженными, близкими к Богу людьми.



Рис. 2. Франсуа Пинель, французский психиатр (1745–1826)

Облегчение участи душевнобольных наступило в новое время, с началом Великой французской революции, провозгласившей свободу и принципы гуманизма. Именно тогда французский психиатр Пинель (рис. 2) и его ученик Эскироль преобразовали сумасшедшие дома в лечебные учреждения, сняли с душевнобольных цепи, ввели записи историй болезни и врачебные обходы. В дальнейшем принципы Пинеля и Эскироля распространились по всей Европе.

XIX в. – начало научной психиатрии. В конце века знаменитым немецким психиатром Крепелином были выделены и описаны наиболее распространенные заболевания: шизо-

френия² и маниакально-депрессивный психоз. Во Франции Шарко и Жане описали, соответственно, истерию и психастению. В России С. С. Корсаков описал вариант алкогольного психоза, который был назван корсаковским психозом.

XX в. – столетие величайших научных открытий и в то же время чрезвычайно жестокое столетие; это отразилось и на психиатрии. В гитлеровской Германии были проведены в жизнь законы о стерилизации душевнобольных как неполноценных. Психически больные люди в массовом порядке уничтожались и на оккупированных нацистами территориях.

В первой половине XX в. был предложен ряд методов лечения психических заболеваний. Некоторые из них испытали взлет популярности и последующее забвение, к такому относятся терапия длительным сном, вызывание высокой температуры тела с помощью сульфозина; хирургическое вмешательство (лейкотомия – перерезка нервных связей лобной доли). Часть методов отпала за ненадобностью, например прививки малярии при прогрессирующем параличе, предложенные Вагнером фон Яурегом. Другие методы до сих пор сохраняются в психиатрической практике, таковы инсулинотерапия, предложенная Закелем; электросудорожная терапия, предложенная Черлетти и Бини; аутогенная тренировка; выработка отрицательной реакции на алкоголь с помощью апоморфина и тетурама. Однако подлинный успех в лечении душевных болезней был достигнут во второй половине XX в., с возникновением психофармакологии: был предложен ряд средств лечения шизофрении (нейролептики), невротических расстройств (транквилизаторы), аффективных расстройств (антидепрессанты, нормотимические средства), нарушений памяти и обучения (ноотропы). Психофармакологии посвящена специальная глава учебника.

² Крепелин дал шизофрении другое наименование: раннее слабоумие. Шизофренией эту болезнь назвал Блейлер.



Рис . 3. В. Х. Кандинский, выдающийся русский психиатр (1849-1889)



Рис. 4. С. С. Корсаков, выдающийся русский психиатр (1854–1900)

Психофармакология кардинальным образом изменила облик психиатрических лечебных заведений и жизнь душевнобольных. Они мало теперь отличаются по внешним признакам от пациентов соматических отделений; работают, живут в семьях, занимаются творческой деятельностью.

Были предприняты огромные усилия в постижении этиологии и патогенеза душевных болезней, однако до сих пор общепринятых теорий происхождения шизофрении и других психозов не существует.

Большие надежды возложены сейчас на применение в психиатрии генетических методов исследования.

В России, где инквизиции не было, как уже упоминалось, не проводилось и массовое истребление душевнобольных, однако единичные случаи сожжения волхвов и колдунов имели место.

Душевнобольных как юродивых или глупых начиная с XI в., призывали в монастырях. Во время своего короткого правления Петр III во второй половине XVIII века успел издать указ об учреждении специальных госпиталей для психически больных. Такие дома – долл-гаузы, или народные дома, – действительно стали строить во второй половине XVIII в. В XIX в. в России стали возникать психиатрические больницы (где применялись принципы нестеснения), а также научные кафедры психиатрии в Санкт-Петербурге, Москве, Харькове, Казани.

Ряд научных достижений мирового масштаба принадлежит российским психиатрам – таково классическое описание псевдогаллюцинаций Виктором Хрисанфовичем Кандин-

ским (рис. 3) и алкогольного полиневротического психоза Сергеем Сергеевичем Корсаковым (рис. 4). Выдающимся психиатром с мировым именем был Владимир Михайлович Бехтерев (рис. 5), внедривший в психиатрию ряд физиологических методов исследований, сделавший немало для организации научных учреждений и подготовки научных кадров.

В 70–80-е гг. XX столетия был отмечен ряд неблагоприятных случаев использования психиатрии в политических целях: в больницы помещались люди, не разделявшие официальных политических взглядов. Для искоренения таких искушений в 1993 г. был принят закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где указаны права душевнобольных и обозначены правила их госпитализации. Юридическим аспектам психиатрии посвящена специальная глава учебника. Во второй половине XX в. в России совершенствуется организация психиатрической помощи: наряду с психоневрологическими стационарами и диспансерами появляются дневные и ночные стационары, наркологические кабинеты, юридические службы, а также неформальные объединения пациентов – «Анонимные алкоголики. «Анонимные наркоманы» и др.



Рис . 5. В. М. Бехтерев, выдающийся русский психоневролог(1857-1927)

Вопросы к главе 2.

1. В каких источниках можно найти первые описания душевных болезней?
2. Кто и когда преобразовал «сумасшедшие дома» в психиатрические больницы?
3. Когда произошли первые организационные мероприятия в российской психиатрии?

4. Каких выдающихся российских психиатров вы знаете?

Глава 3

СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая служба имеет ряд особенностей, по сравнению с другими направлениями медицинской помощи, в первую очередь в силу контингента больных, который она обслуживает. Когда речь идет о душевнобольных, то представляют достаточную важность не только чисто медицинские аспекты работы, но и правовые ее моменты (психически больные нуждаются в правовой защите больше, чем лица, страдающие другими видами патологии). В то же время общество нуждается в защите от противоправных действий, которые могут быть неосознанно предприняты психически больными. В этом особенность психиатрической службы, вынужденной подчас предпринимать принудительную госпитализацию пациентов.

По закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» *на психиатрическую службу возлагаются следующие функции:*

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

Особенностями психиатрической помощи в нашей стране являются ее дифференцированность, преемственность и ступенчатость.

Дифференцированность ее заключается в четкой организации помощи различным контингентам больных, страдающих психическими расстройствами (помимо общей психиатрии речь идет о детской, подростковой, гериатрической, пограничной (неврозология), судебной психиатрии, наркологической службе).

Преемственность работы основывается на тесном взаимодействии психиатрических учреждений различного уровня (стационарного, полустационарного и амбулаторного), обеспечивающих непрерывную, последовательную медицинскую и социальную помощь пациенту и при необходимости его семье.

И наконец, ступенчатость психиатрической помощи заключается в возможности оказания психиатрической помощи в различных медицинских учреждениях – от максимально приближенных к населению психиатрических кабинетов поликлиник, медсанчастей до городских и областных психиатрических больниц.

Наиболее распространенными вариантами психиатрической помощи являются стационарный и амбулаторный.

Стационарная помощь остается важным звеном психиатрической службы. По обеспеченности стационара койко-местами для психических больных нередко судят об уровне организации психиатрической помощи. По данным экспертов ВОЗ, достаточной обеспечен-

ностью койко-местами признается наличие 1–1,5 койки на 1000 человек. В нашей стране эта цифра составляет примерно 1,2 койки, или 10 % всего коечного фонда, чего при развитости у нас диспансерной сети, видимо, вполне достаточно.

Работа психиатрических больниц, как и большинства других психиатрических подразделений, строится по территориальному принципу, т. е. существует устойчивое положение, по которому в каждую больницу поступают жители определенных районов, части города, определенной части области, республики и т. д. Если учесть, что большинство больных душевными заболеваниями поступает в психиатрическую больницу в течение своей жизни несколько раз, этот факт играет, безусловно, положительную роль – пациента «знают» в больнице.

Организаторы здравоохранения считают, что наиболее рациональным является создание 500-коечных больниц, в которых легче решаются административные вопросы и с помощью которых полнее осуществляется принцип максимального приближения специализированной психиатрической помощи к населению. Однако в отечественной психиатрической службе преобладают большие стационары (до 1000 коек и более) в связи с тем, что используется старый коечный фонд, унаследованный от земской психиатрии.

В психиатрической больнице принята необходимая специализация отделений с наличием, помимо обычных психиатрических отделений, также детского (если нет специальной детской психиатрической больницы), подросткового, гериатрического; отделения для физически ослабленных больных и страдающих соматическими заболеваниями; судебного психолого-психиатрического отделения. В психиатрических отделениях предусмотрены палаты для строгого надзора и усиленного наблюдения за беспокойными, агрессивными больными и пациентами с суицидальными тенденциями. Внедрение психотропных средств и современных методов реабилитации (психотерапии, арттерапии, социотерапии) создало предпосылки для организации психиатрических отделений «с открытыми дверями», ничем не отличающихся от стационаров любого другого профиля. В то же время отделения планируются так, чтобы имелись условия для постоянного, хотя и ненавязчивого, наблюдения персонала за больными. Учитывая то, что пребывание пациентов в отделениях может быть достаточно длительным, в них предусматриваются просторные помещения для отдыха, трудотерапии, арттерапии.

Амбулаторная психиатрическая помощь осуществляется сетью психоневрологических диспансеров, работающих по территориальному принципу. Задача диспансеров – оказание консультативной и социальной помощи психически больным. Важный раздел их работы – осуществление поддерживающей терапии и динамическое наблюдение соответствующего контингента больных, проживающих на территории, которую обслуживает диспансер. В сельской местности существуют психиатрические кабинеты при районных больницах, несущие те же функции, что и диспансеры в условиях города. В диспансерах, как и в поликлиниках, больных обслуживают в соответствии с местом проживания. На участке первым помощником психиатра является участковая медсестра, помогающая на приемах и принимающая активное участие в амбулаторном наблюдении за пациентами с неустойчивым состоянием, склонными к частым рецидивам и получающими поддерживающую психофармакотерапию. От медсестры требуется доскональное знание ситуации на участке, осведомленность в вопросах состояния больных, их семейной и производственной ситуации. При диспансерах обычно имеются лечебно-производственные мастерские, где для инвалидов организуется трудотерапия, они обеспечиваются бесплатным, как правило, одноразовым питанием и получают соответствующее небольшое вознаграждение за свой труд. При диспансере работает опекунский совет, рассматривающий вопросы наложения опеки и следящий за выполнением опекунами всех необходимых обязанностей. В каждом диспансере

имеется также юриконсульт, услугами которого могут пользоваться лица, посещающие диспансер.

Важным звеном оказания психиатрической помощи в настоящее время является **дневной стационар**, занимающий промежуточное положение между стационаром и диспансером. Он представляет собой полустационарное отделение, организационно находящееся в рамках районного диспансера и работающее в утренние и дневные часы по рабочим дням. Пациенты приходят туда с утра, получают необходимое лечение по назначению врача, питание и в конце дня возвращаются домой. Показаниями для пребывания в дневном стационаре являются: недостаточная устойчивость состояния при выписке из стационара, необходимость коррекции поддерживающей терапии; профилактика очередного рецидива или уже появившиеся его признаки, позволяющие, однако, продолжать лечить больного в амбулаторных условиях. В качестве лечебных мероприятий в дневных стационарах широко используются психо-, трудо- и культуротерапевтические методы.

Существует и такая организационная форма оказания полустационарной помощи, как **ночные стационары**, где пациенты могут получать специализированную помощь в вечернее и утреннее время, не прекращая своей основной работы.

Для детей, страдающих психическими расстройствами, существуют специализированные *ясли-сады, вспомогательные школы, лесные школы*, где, помимо воспитателей и педагогов, работают детские психиатры и медработники среднего звена. Таким образом, дети, получая необходимое образование, не прерывают соответствующего лечения.

В последнее время получила распространение *кризисная служба* с так называемыми телефонами доверия, куда нуждающийся может обратиться и в течение суток получить необходимую психологическую помощь или же совет обратиться в дальнейшем к врачу. Введение такой службы позволило уменьшить риск суицидальных действий среди населения.

Существенную диагностическую, профилактическую и лечебную работу проводят *психотерапевтические кабинеты общесоматических поликлиник*, где работают врачи, имеющие необходимую психиатрическую подготовку.

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

Вопросы к главе 3.

1. Какие основные задачи психиатрической службы?
2. Какие виды психиатрических учреждений вы знаете?

Глава 4

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

В этой главе излагаются основные положения, содержащиеся в законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», введенного в действие с 1 января 1993 г. Его содержание в основном касается порядка освидетельствования и госпитализации душевнобольных, а также некоторых правил проведения лечебного процесса.

Человек, заболевший психическим расстройством, по сути дела, беспомощен. Нарушения в любой сфере психической деятельности: восприятие, память, мышление, воля, эмоции, – мешают ему давать адекватную оценку окружающему и принимать необходимые решения, поэтому его состояние легко может быть использовано во зло.

Примером может служить больной с расстройством мышления, завещающий квартиру случайному человеку и им же госпитализируемый, или больной, эмоционально несдержанный и в силу этого допустивший неадекватные действия при отстаивании своих прав, или согласившийся на рискованные методы обследования и лечения из-за апатии.

В прошлом в силу законодательного несовершенства особенно страдали люди с неясными, так называемыми пограничными психическими расстройствами (эмоционально неуравновешенные, замкнутые, странные и др.). Лиц, в силу особенностей их характера, мировоззрения или легких болезненных расстройств, выражавших недовольство порядками в государстве, предлагавших реформировать общественный строй, стремившихся к общению с иностранцами; досаждавших начальству своими предложениями реорганизовать производство или склонных к открытому социальному протесту – нередко судили и направляли на *принудительное* лечение в психиатрические больницы, в то время как такие люди в стационарном, а иногда даже в амбулаторном лечении совсем не нуждались. Новый закон должен был поставить заслон подобным злоупотреблениям.

С другой стороны, нельзя не отметить, что, несмотря на замечательные успехи в лечении психических заболеваний, все же остается небольшая часть пациентов, в силу искаженного восприятия действительности или своего эмоционального состояния опасных для общества. При этом они не считают себя душевнобольными.

Например, это бредовые больные, уверенные, что в семье, или на производстве, или в других местах против них составлен заговор, и осуществляющие агрессивные действия против своих мнимых врагов. Или это пациенты с периодическими расстройствами настроения – злобностью и отсюда агрессивностью.

Таким образом, часть пациентов нуждается в госпитализации независимо от их воли, т. е. общество нуждается в защите от них.

Наконец, необходимо учесть, что хоть и редко, но и медицинские работники могут пострадать от агрессивных действий душевнобольных, при этом имеется в виду не только вероятность увечья, но и моральный ущерб – домогательства, угрозы, жалобы и т. п.

Основной целью принятого Закона является стремление сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной и максимально сблизить ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи.

Закон направлен на решение следующих основных задач:

1. Защита граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь и необоснованной дискриминации в обществе.

2. Защита общества от возможных опасных действий больных. 3. Защита врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Закон целиком соответствует международным нормам. Как общая норма, Законом устанавливается добровольность оказания психиатрической помощи (как и общемедицинской). Это касается совершеннолетних и дееспособных³ лиц. При возникновении вопроса о психиатрическом освидетельствовании несовершеннолетних (до 15 лет) обращение за помощью осуществляется их родителями, а для недееспособных лиц – опекунами (назначенными судом).

При добровольном обращении за психиатрической помощью согласие на нее дается пациентом в письменном виде, а за детей или недееспособных лиц подобная расписка дается их родителями или опекунами.

Практика показывает, что подавляющее число лиц, страдающих психическими расстройствами, госпитализируется добровольно.

В Законе специально оговариваются *права лиц, страдающих психическими расстройствами*. Среди них особого упоминания заслуживают следующие:

- право пациента на информацию относительно своего психического расстройства;
- содержание в стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- право на все виды лечения по медицинским показаниям и на приглашение любого специалиста;
- право на отказ (на любой стадии!) от использования себя в качестве объекта испытаний новых медицинских средств или в учебном процессе, а также для кино-, фото- или видеосъемок.

Страдающий психическим заболеванием имеет право на услуги адвоката.

Особо оговаривается Законом запрещение сообщения сведений о состоянии психического здоровья находящегося на лечении лица и о сохранении врачебной тайны при оказании психиатрической помощи⁴.

Что касается процедуры лечения душевных болезней, Закон устанавливает необходимость информации пациента о лучших для него видах лечения, о возможных побочных эффектах и неприятных ощущениях (в том числе болях), связанных с приемом медикаментов.

Согласие на тот или иной вид лечения психотропными и иными средствами дается пациентом в письменном виде.

³ Под дееспособностью в обычном смысле понимается способность вести свои дела, в том числе осуществлять самостоятельный уход.

⁴ Сообщение этих сведений допускается лишь по официальным запросам учреждений, оговариваемых особым списком.

Согласие на госпитализацию в психиатрический стационар	
Я, _____	г. р.,
Ф. И. О.	
согласен на госпитализацию в психиатрический стационар _____	
(название)	
Дата _____	Подпись пациента _____
Врач-психиатр _____	
Ф. И. О.	
_____ (учреждение)	

Согласие на лечение	
Я, _____	г. р.,
Ф. И. О.	
согласен на предложенное мне лечение методом _____	

Мне сообщено о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, возможности применения других методов, а также о побочных эффектах, возможном риске, болевых ощущениях и ожидаемых результатах лечения.	
Дата _____	Подпись пациента _____
	Подпись врача-психиатра _____

При лечении несовершеннолетних и недееспособных лиц подписи берутся у родителей и опекунов. Лечение без согласия пациента может осуществляться только при применении к нему медицинских мер принудительного характера или при недобровольной госпитализации, что рассматривается ниже.

За исключением только что перечисленных обстоятельств пациент (или его законный представитель) может отказаться от лечения или прервать его. Отказ от лечения также фиксируется документально с указанием, что возможные последствия отказа от лечения пациенту объяснены.

В статье 22 Закон особо оговаривает *гарантии и льготы врачам-психиатрам, медперсоналу и иному персоналу, участвующему в оказании психиатрической помощи.*

Указывается, что вышеперечисленные лица имеют право на льготы, установленные законодательством России при особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда или смерти при исполнении служебных обязанностей. В случае причинения вреда здоровью участвующему в оказании психиатрической помощи, выплачивается страховая сумма в пределах годового денежного

содержания, а при наступлении ограничения трудоспособности – страховая сумма от годового до пятилетнего денежного содержания.

Особенно подробно оговариваются Законом случаи оказания психиатрической помощи без согласия пациента. При этом отдельно рассматриваются:

- а) принудительные меры медицинского характера;
- б) психиатрическое освидетельствование лица без его согласия (или без согласия его законного представителя);
- в) госпитализация в недобровольном порядке.

Принудительные меры медицинского характера

Как уже было сказано, пациент может быть госпитализирован без его согласия, и применение тех или иных методов лечения также может совершаться без согласия пациента.

Принудительные меры медицинского характера применяются к лицам:

– совершившим опасное преступление, признанным судебной психолого-психиатрической экспертизой невменяемыми на момент совершения этого преступления и направленным судом на принудительное лечение (см. главу 5), а также с психическим расстройством, наступившим после совершения преступления и делающим невозможным дальнейшее исполнение наказания;

– с психическим расстройством, признанным тем не менее вменяемыми, но нуждающимся в лечении, наряду с исполнением наказания;

– совершившим преступление, признанным вменяемыми, но нуждающимся в лечении (зависимость от алкоголя или наркотиков), наряду с исполнением наказания.

Принудительное лечение может осуществляться в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением (в системе УВД); в психиатрическом стационаре общего типа или, наконец, амбулаторно.

Если судебным решением для лица, совершившего преступление, определено не принудительное лечение, а лечение на общих основаниях⁵, госпитализация и применение тех или иных мер терапии осуществляются с согласия пациента.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия

В большинстве случаев врач-психиатр освидетельствует лиц, обращающихся к нему добровольно, или детей и недееспособных лиц при обращении родителей или опекунов.

Однако в силу расстройств сознания или искажения восприятия окружающего мира (в силу, например, бредовых идей или эмоциональных нарушений) для ряда пациентов применяется недобровольное освидетельствование.

Закон четко устанавливает *показания для недобровольного освидетельствования* (без согласия лица либо законных представителей – родителей или опекунов).

1. Подлежащий освидетельствованию представляет опасность для себя или окружающих.

Например, душевнобольной считает, что против него на работе (в семье, в ином месте) составлен заговор, и готовится совершить агрессивные действия против мнимых врагов. Предложение об освидетельствовании с негодованием отвергает.

⁵ Обычно это устанавливается, если преступления мелкие, незначительные.

Или: душевнобольной с депрессией без всяких оснований считает себя виновным во всех семейных неурядицах или во всех неприятных событиях, происходящих в стране. Готовится к самоубийству. На предложение об освидетельствовании отвечает, что заслуживает казни, а не лечения.

2. Подлежащий освидетельствованию беспомощен и не в состоянии себя обслужить.

Например, больной с явлениями старческого слабоумия бесцельно бродит по дому, забывает время еды и не осмысляет, как ее приготовить; выходит на улицу легко одетым, несмотря на морозную погоду, так как забыл, какое время года. Предложение об освидетельствовании не понимает.

3. Психическое состояние человека, подлежащего освидетельствованию, ухудшается без оказания помощи.

Например, у больного в маниакальном эпизоде с повышением настроения (эйфорией) нарастает беспечность, поступки становятся легкомысленными, он бездумно тратит деньги, вступает в случайные половые связи; ведущий до того трезвый образ жизни начинает злоупотреблять алкоголем, так что появляется риск возникновения зависимости от него либо ВИЧ-инфицирования. В то же время больной воспринимает все в розовом свете и от освидетельствования отказывается.

Заявление о необходимости освидетельствования может быть подано в психиатрическое учреждение (обычно в психоневрологический диспансер):

- родственниками;
- должностными лицами (например, сотрудниками);
- врачом любой медицинской специальности;
- иными гражданами (соседями, знакомыми и т. п.).

Специалист-психиатр имеет право отказать в освидетельствовании, мотивируя несогласие в письменном виде. В то же время при опасности лица для самого себя или окружающих он может принять решение о недобровольном освидетельствовании самостоятельно.

При наличии в заявлении данных, свидетельствующих о беспомощности пациента, о возможности вреда здоровью без оказания психиатрической помощи, специалист-психиатр пишет обращение в суд, который в трехдневный срок дает санкцию на недобровольное освидетельствование.

Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Основания для такой госпитализации абсолютно те же, что перечислены для недобровольного освидетельствования, т. е. непосредственная опасность данного лица для себя или окружающих, его беспомощность или возможный вред здоровью без оказания психиатрической помощи. Естественно, госпитализация в недобровольном порядке применяется по более срочным показаниям, чем недобровольное освидетельствование, тогда, когда психиатрическая помощь должна быть неотложной. Законом предусмотрена также возможность физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и обязанность сотрудников милиции оказывать максимальную помощь в этих случаях.

Законом установлен четкий *порядок проведения недобровольной госпитализации*:

1. Обязательный осмотр комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов после госпитализации.
2. Направление заключения комиссии в суд в течение 24 часов после этого.

3. Рассмотрение заявления в суде в течение не более чем 5 дней.

4. Возможность обжалования постановления суда лицом (или его законным представителем) в течение 10 дней или обжалование психиатрическим учреждением или прокурором в тот же срок.

5. Повторный ежемесячный комиссионный осмотр лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, с обязательным письменным заключением о продолжении лечения.

6. По истечении 6 месяцев, если пациент нуждается в продолжении госпитализации, заключение комиссии повторно направляется в суд.

Естественно, если госпитализация недобровольна, письменное согласие пациента на те или иные виды лечения не обязательно.

Та же процедура и те же сроки предусматриваются Законом при госпитализации детей или недееспособных лиц без согласия их родителей или опекунов.

Диспансерное наблюдение

В настоящее время оно существенно ограничено и проводится лишь в отношении лиц, страдающих хроническими, затяжными, часто обостряющимися душевными расстройствами. Решение о необходимости диспансерного наблюдения принимается комиссионно.

Это значит, например, что пациент, какое-то время назад перенесший кратковременный приступ умеренно выраженного депрессивного состояния (депрессивный эпизод), не находится под диспансерным наблюдением, а может обращаться в психоневрологическое учреждение за консультативно-лечебной помощью по мере необходимости. С другой стороны, при частых тяжелых депрессивных эпизодах с суицидными намерениями или попытками пациент должен состоять на учете в психоневрологическом диспансере для активного наблюдения.

Больной эпилепсией с редкими припадками и без психических расстройств может обращаться за консультативно-лечебной помощью самостоятельно, не становясь на учет. Однако, если у пациента, страдающего эпилепсией, наблюдаются частые приступы расстройств настроения со злобой и тенденцией к агрессии, он должен находиться под диспансерным наблюдением обязательно.

Пациенту, страдающему невротическими расстройствами, например фобиями (страхом высоты, открытых пространств и т. п.), осознающему болезненность своих страхов, находиться под наблюдением психоневрологического диспансера совершенно не нужно.

При улучшении психического состояния диспансерное наблюдение может быть прекращено. В то же время для лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, согласно Закону, может применяться недобровольное освидетельствование, без обращения в суд.

В заключение изложения Закона необходимо указать, что им предусмотрен прокурорский надзор за соблюдением всех его статей, в том числе за соблюдением прав душевнобольных. Помимо прокурорского надзора, предусмотрено создание общественных объединений врачей-психиатров для контроля соблюдения прав и законных интересов граждан, а также создание государственной, но независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических учреждениях. Незаконное помещение лица в психиатрический стационар карается лишением свободы.

Вопросы к главе 4.

1. Как оформляется добровольная госпитализация?

2. В каких случаях применяется принудительное лечение?
3. Когда применяется недобровольное освидетельствование и какова необходимая процедура?
4. Когда применяется недобровольная госпитализация, какова процедура. Чем отличается принудительная и недобровольная госпитализация?
5. В каких случаях применяется постановка на учет в психоневрологический диспансер?

Глава 5

ЭКСПЕРТНЫЕ ВОПРОСЫ В ПСИХИАТРИИ

Судебная психолого-психиатрическая экспертиза

Судебная психолого-психиатрическая экспертиза решает вопросы о вменяемости, т. е. о возможности либо невозможности привлекать к уголовной ответственности лицо, страдающее или страдавшее душевной болезнью, либо лицо, у которого подозревается душевная болезнь.

Кроме того, судебная психолого-психиатрическая экспертиза решает, возможно ли определенное лицо использовать в качестве свидетеля, есть ли необходимость продолжения отбывания наказания в случае развившихся у человека душевных расстройств. Наконец, редкими видами судебных психолого-психиатрических экспертиз являются заочное и посмертное вынесение заключения о душевном состоянии лица.

Судебная психолого-психиатрическая экспертиза назначается органами следствия, причем постановление о проведении экспертизы утверждается прокурором. В других случаях постановление о проведении экспертизы выносится органами внутренних дел.

Экспертиза может проводиться амбулаторно (в тюрьме, в отделении милиции, в зале суда, в приемном покое больницы) или стационарно. При амбулаторной экспертизе вопросы вменяемости или возможности отбывания наказания могут решаться одним экспертом или комиссией. Заключение стационарной экспертизы всегда выносятся комиссионно.

Органы следствия или органы внутренних дел могут ставить перед врачами разные вопросы, в зависимости от конкретной ситуации. Однако типичными вопросами являются следующие:

- Мог ли (некто) в момент совершения преступления отдавать отчет себе в своих действиях и руководить ими (юридический критерий вменяемости)?
- Не страдал ли (некто) в момент совершения преступления хронической душевной болезнью, временным расстройством душевной деятельности или иным болезненным состоянием (медицинский критерий вменяемости)?

Из приведенных выше юридического и медицинского критериев вменяемости следует, что наличие психической болезни у подсудимого или заключенного далеко не всегда означает, что он или она не будут подвергнуты уголовному наказанию или не будут продолжать находиться в местах заключения. Вопросы вменяемости душевнобольных тем или иным заболеванием будут рассмотрены в большинстве глав. В общем можно сказать, что заболевание шизофренией почти всегда означает невменяемость пациента. Что касается других душевных заболеваний, то при определении вменяемости или невменяемости учитываются состояние в момент правонарушения и характер самого нарушения. Так, пациент, страдающий периодическими расстройствами настроения, не отвечает за преступления, совершенные в период наступления таких расстройств (например, за агрессивный акт, обусловленный повышенной гневливостью). Но тот же пациент, совершивший правонарушения в межприступный период (например, хулиганство в состоянии опьянения), полностью отвечает за свои действия. За свои противоправные деяния полностью отвечает пациент с алкогольной зависимостью вне психоза. Однако он освобождается от

ответственности, если преступление совершает в силу галлюцинаторных переживаний («голоса» что-то приказали). Пациент с легкой степенью врожденной умственной отсталости отвечает за простые правонарушения, недопустимость которых он в состоянии осмыслить, например за кражу, но не отвечает за вовлечение в крупные мошеннические предприятия, противоправность которых он не в состоянии осознать.

Заключения судебных психиатров направляются в следственные органы или суд, которые могут с этим заключением согласиться или не согласиться и направить подследственного или заключенного на новую экспертизу. В случае согласия с актом судебной психолого-психиатрической экспертизы следствие или суд направляют больного на принудительное лечение или на лечение на общих основаниях. Необходимость продолжения принудительного лечения пересматривается комиссией судебных психиатров каждые полгода. Если болезненное состояние прошло или если душевнобольной не представляет общественной опасности, комиссия врачей-психиатров ходатайствует перед судебными органами о прекращении принудительного лечения. С ходатайством суд также может согласиться или не согласиться.

В судебной психиатрии часто встречаются случаи оперирования болезнью для достижения каких-то личных целей.

В частности, различают следующее:

1. Феномен симуляции – придумывание себе несуществующей болезни. В этих случаях наиболее часто следует комиссионное заключение: «Симуляция. Психически здоров». Симуляция психической болезни практически невозможна и наблюдается редко.

2. Феномен аггравации – усиление имеющейся болезни. Так, больной эпилепсией может указывать на очень частые припадки, чтобы спастись от ответственности. Больные психопатиями (личностными расстройствами) могут демонстрировать эмоциональную неустойчивость или истерические припадки. В подавляющем числе случаев установление аггравации влечет за собой установление вменяемости.

3. Феномен диссимуляции – сокрытие имеющейся болезни. Наиболее часто это наблюдается при шизофрении. Для этой болезни характерно погружение в себя, замкнутость (аутизм). Пациенты скрывают свои галлюцинаторные, бредовые переживания и стремятся выглядеть в глазах окружающих «нормальными». Диссимилирующие пациенты признаются невменяемыми.

Только судебная психиатрия рассматривает так называемые исключительные состояния. Они характеризуются внезапностью возникновения, кратковременностью (минуты или часы). В период их возникновения развиваются бурные эмоционально-насыщенные переживания (гнев, злоба), иногда кратковременные галлюцинаторные и бредовые переживания. Все это приводит к совершению преступления. Ввиду кратковременности такие состояния не наблюдаются в обычном психиатрическом стационаре, а рассматриваются ретроспективно судебной психолого-психиатрической экспертизой. Наиболее часто наблюдаются патологическое опьянение, рассматриваемое в главе 15, и патологический аффект, рассматриваемый в главе 18.

Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза преимущественно решает вопрос о годности кого-либо к военной службе по психическому состоянию. Этот вид экспертизы проводится стационарно, и решения принимаются комиссионно (при явной душевной болезни, о чем свидетельствуют предоставляемые документы, вопрос о негодности к военной службе решается на уровне военкоматов).

Военно-врачебная экспертиза решает подчас сложные вопросы, тем более что имеется определенное число лиц, оперирующих болезнью с целью избежать службы в армии и прибегающих к симуляции или аггравации. Только при одном заболевании – шизофрении – страдающие ею признаются полностью негодными к военной службе (в мирное и военное время). При всех других душевных расстройствах принимается в расчет тяжесть состояния. Так, при периодических расстройствах настроения, если они часты и длительны, больные признаются полностью негодными к военной службе, а при редких и кратковременных приступах болезни – ограниченно годными (негодными в мирное время, годными к несению нестроевой службы в военное время). Приблизительно такие же соображения принимаются в расчет при экспертизе пациентов с органическими поражениями мозга (последствия травмы, энцефалитов, интоксикаций и т. д.), а также при экспертизе пациентов с эпилепсией. При выраженности психических изменений пациенты признаются полностью негодными к военной службе, а при стертых, малозаметных изменениях, с риском декомпенсации в тяжелых ситуациях – ограниченно годными.

Еще одним видом заключения военно-врачебной экспертизы является отсрочка от призыва (а для военнослужащих – предоставление отпуска). Такие заключения выносятся в тех случаях, когда человек страдает астенией (психической слабостью, утомляемостью, расстройствами сна, неустойчивостью внимания, снижением памяти) после перенесенных интоксикаций, инфекций, соматических заболеваний или при той же астении, обусловленной переутомлением или тяжелым стрессом. При длительных и тяжелых невротических состояниях лица, страдающие ими, могут признаваться ограниченно годными (см. главу 18). Если обнаруживаются личностные расстройства (аномалии характера, психопатические черты), то прежде всего ставится вопрос о выраженности этих расстройств.

Медико-социальная экспертиза

Как и при других заболеваниях, в этих случаях решается вопрос о степени утраты трудоспособности, о временной или стойкой ее утрате. Медико-социальная экспертиза (МСЭК) не рассматривает наличие у пациента того или иного душевного заболевания как абсолютное доказательство утраты трудоспособности (исключением являются болезни Альцгеймера и Пика, когда слабоумие развивается в предстарческом возрасте). В этих случаях сразу устанавливается утрата трудоспособности II, а затем III степени. Но при шизофрении с приступообразным течением или при условии эффективного лечения болезни пациенту выдается лишь больничный лист, а ограничение трудоспособности не устанавливается. То же касается редких расстройств настроения, эпилепсии без выраженных психических расстройств, декомпенсаций у личностей с расстройствами характера (психопатиями, см. главу 18). При астениях после инфекций, тяжелых интоксикаций, изнуряющих соматических заболеваний МСЭК также ограничивается продолжением больничного листа и не стремится установить пациенту ограничение трудоспособности. При органических поражениях головного мозга после травм, перенесенных энцефалитов МСЭК учитывает при установлении степени утраты трудоспособности тяжесть поражения. МСЭК должна стремиться по возможности в меньшей степени ограничивать душевнобольным пациентам трудоспособность. Вынужденное безделье отрицательно сказывается на течении болезни, легко приводит пациента к употреблению алкоголя и других психоактивных средств. В то же время сохранение трудоспособности, полная или даже частичная занятость способствуют реабилитации пациента.

При тяжелых проявлениях душевных расстройств, когда пациент не в состоянии осуществлять уход за собой и регулярное лечение, он признается недееспособным и ему определяется опекунов. То и другое после врачебных заключений подтверждается в судебном порядке.

Вопросы к главе 5.

1. Какие вопросы решает судебная психиатрия?
2. Означает ли наличие психической болезни невменяемости?
3. Что такое симуляция, аггравация, диссимуляция?
4. Какие вопросы решает военно-врачебная экспертиза?
5. Каковы могут быть выносимые решения в военно-врачебной экспертизе?
6. Какие вопросы решает МСЭК?

Глава 6

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ПСИХИАТРИИ

Несмотря на ряд приказов и указаний Министерства здравоохранения России, резолюций Всероссийских совещаний медсестер, сестринский процесс в нашей стране внедряется крайне медленно; медсестра остается пассивным помощником врача в подавляющем большинстве лечебно-профилактических учреждений, в том числе и психиатрических. Однако подспудная подготовительная работа ведется, студенты и медсестры знакомятся с организацией сестринского процесса в развитых странах Запада, проводится обмен специалистами.

При этом следует отметить, что в психиатрии элементы сестринского процесса стали внедряться раньше, чем в других дисциплинах. Например, это «Дневники наблюдения за пациентами», где имеются элементы его первичного осмотра, где регистрируются сестринские вмешательства, предпринимаемые, как по указанию врача, так и самостоятельно.

Сестринский процесс является основным содержанием сестринского дела, а оно состоит, по определению Европейского регионального бюро ВОЗ, в уходе за человеком и в том, каким образом медсестра осуществляет этот уход. Согласно «Проекту Лемон», сестринский процесс включает оценку потребностей человека и его семьи, выявление потребностей, которые могут быть реализованы благодаря сестринским вмешательствам; определение первоочередных проблем со здоровьем, тех что могут быть удовлетворены, благодаря сестринским вмешательствам, которые планируются и осуществляются на практике. Сюда включается также обучение пациента и его близких вопросам, связанным с поддержанием и сохранением здоровья.

Сходно и определение сестринского процесса в среднесрочной программе ВОЗ по сестринскому делу. Сюда также включается использование научных методов определения медикосанитарных потребностей пациента и отбор тех, что могут быть удовлетворены, благодаря запланируемым сестринским вмешательствам, подлежащим периодической оценке их эффективности.

Россия присоединилась к концепциям Европейского бюро ВОЗ, касающихся сестринского дела. Так, в приказе Минздрава РФ (1997 г.) значится, что специалист со средним медицинским образованием обязан осуществлять на практике все этапы сестринского процесса при уходе за пациентом.

Само понятие сестринского дела родилось в трудах выдающейся английской медсестры и ученого Флоренс Найтингейль (1820 – 1910). Она отстаивала свои убеждения о том, что сестринское дело, как часть системы здравоохранения является наукой и искусством, направленными на решение проблем со здоровьем в меняющихся условиях внешней среды; что дело медсестры – создать для человека наилучшие условия активизации его жизненных сил, самостоятельности и независимости. Конечная цель сестринского дела – уход за больным в его собственном доме. Поэтому процесс ухода (позже по новой терминологии – сестринский процесс) носит непрерывный характер и, кроме того, способствует самосовершенствованию медсестры.

Остановимся на различии врачебного и сестринского подхода к пациенту применительно к психиатрии.

Врач-психиатр (как и другие врачи) озабочен устранением симптомов болезни. Например, при депрессиях, оценивая их глубину, он назначает эффективные лекарственные препараты. У детей с преднамеренным голоданием (нервной анорексией) он следит за поддержанием функций сердца, желудочнокишечного тракта и также назначает нужные лекарства.

Медсестра (специалист по уходу) озабочена приближением человека к максимальному благополучию. Поэтому при тех же депрессиях, тщательно наблюдая за пациентом,

она способствует его безопасности, предупреждает суицидные намерения. При той же нервной анорексии она следит за полноценностью питания, предупреждая попытки отторжения пищи и контролируя массу тела.

Врач направляет свои усилия на лечение больше, чем на профилактику.

Медсестра в большей степени должна направлять свое внимание на профилактику болезни или рецидивов болезни. Наблюдая за семьей, она определяет элементы стресса, могущие ухудшить состояние больных (при той же склонности их к депрессии); обучает пациента уходу за собой (например, при олигофрении) и прививает такие навыки семье. Активно способствует при этом трудоустройству пациентов, что положительно сказывается на болезни.

Врач таким образом подавляет болезнь, в то время как *медсестра* активизирует здоровые функции.

В развитых странах с отработанным сестринским процессом медсестра (специалист по уходу) входит в состав и является координирующим центром «лечебной команды», включающей, помимо нее, психотерапевта, социального работника, диетолога, специалиста по трудотерапии, арттерапии, наконец, квалифицированного врача, выполняющего консультативные функции.

На Всесоюзном совещании в 1989 г. в Туле было постулировано, что 60 – 80 % врачебной помощи может быть оказано медсестрами. Считается, что медсестра может самостоятельно оказывать помощь в гериатрической психиатрии или в учреждениях для хронических больных, например шизофренией, с давним сроком болезни, не представляющих общественной опасности и в то же время резистентных к применяемым психотропным средствам; за контингентом психоневрологических интернатов.

В дальнейшем рассмотрим сестринский процесс применительно к каждой нозологической единице.

В зарубежной психиатрии рассматриваются многие концептуальные модели сестринского процесса. В отечественном здравоохранении, где сестринский процесс только начинает внедряться, пригодно использование моделей В. Хендерсон и Н. Роупер. В этих моделях, в отличие от прочих, сестринский и врачебный подходы к пациенту взаимосвязаны. В модели В. Хендерсон рассматриваются, как *проблемы, нарушения потребностей* пациентов. При этом она опирается на учение об иерархии потребностей известного психолога А. Маслоу. У психиатрических пациентов, согласно схеме В. Хендерсон, оказываются нарушенными ряд физиологических потребностей (потребление пищи, сон, секс); кроме того – потребность в безопасном существовании и уважении окружающих, а также социальные потребности, включающие самовыражение.

Концепция Н. Роупер сходна с только что описанной, однако, во главу угла ставятся нарушения не потребностей, а *проявлений повседневной жизнедеятельности*. Для психиатрических пациентов, согласно ее концепции, первейшее значение имеют проявления безопасности среды (самосохранения), поддержание общения, личной гигиены; способности к работе, досугу и развлечениям, поддержание сексуальной функции и сна.

Для сестринского процесса в психиатрии (как и других сферах медицины) характерны:

- холистический (целостный) подход у пациенту, с учетом как его физических, так и духовно-социальных проблем;
- непереносимое участие как самого пациента, так и его близких в сестринском процессе;
- непрерывность сестринского процесса, его универсальность – применимость в любом лечебно-профилактическом учреждении;
- строгая стадийность сестринского процесса.

Проведение сестринского процесса требует овладения медсестрой навыками общения, в частности умения слушать пациента, создавать атмосферу сопереживания ему и взаимодоверия.

При обучении студентов в нашей стране излагается пятиэтапная схема сестринского процесса. В США и других странах принята шестиэтапная схема. Есть и другие отличия, на которые следует обратить внимание.

1-й этап сестринского процесса – сбор информации. Применяются и другие термины: «обследование», «оценка», «расценивание». Однако наше обозначение представляется более удачным, так как остальные применимы и к последующим этапам.

В психиатрии, естественно, сбор информации наиболее труден, не сравним с таковым в неврологии или терапии. Сбор информации в психиатрии демонстрирует индивидуальный характер сестринского процесса. На этом этапе медсестре необходимы капитальные навыки в искусстве общения.

Приступая к сбору информации, медсестра должна убедиться, что она располагает достаточным запасом времени, так как пациенты могут «выдавливаться» из себя сведениями медленно, с трудом или быстро уставать, или использовать в беседе несущественные детали. Иногда приходится переносить окончание беседы на другое время дня (например, на вечер у больных с депрессивным или маниакальным синдромом, а у астенизированных пациентов – на утро). Перечень вопросов медсестра, если она знакома с медицинской документацией, может предварительно обдумать и записать. Результаты беседы непременно подлежат упорядочению, затем документируются – непременно письменно или в виде компьютерных файлов. Информация должна быть предельно понятной и достоверной.

Источники информации делятся на первичные и вторичные.

Первичным источником информации является сам пациент. Вторичными источниками являются сведения, сообщаемые родными и другими близкими людьми, сослуживцами; данные, почерпнутые из медицинской документации.

В психиатрии медсестра чаще пользуется вторичными, чем первичными данными.

Действительно, весьма трудно получить сведения о состоянии здоровья у замкнутого, погруженного в себя больного шизофренией; у пациента с той же болезнью с кататоническим синдромом (обездвиженность, молчание); у пациента, находящегося в состоянии речевидгательного возбуждения; у слабоумного пациента с грубыми расстройствами памяти или не понимающего вопросов. Не всегда способны дать полноценные сведения о себе дети.

Идеально, конечно, использование как первичных, так и вторичных источников информации.

Пример 1. Пациент в депрессивном состоянии указывает на сильную тоску, которая кажется ему сосредоточенной в груди, ощущается физически, однако, суицидные мысли и намерения отрицает. В то же время родные сообщают, что больной часто говорил о самоубийстве, и один раз его застали в попытке самоповешения. О том же свидетельствует и медицинская документация.

Пример 2. Пациент с эпилепсией подробно описывает частоту припадков и те их проявления, которые запоминает. Себя характеризует только с положительной стороны. Однако родные сообщают об имевших место беспричинных колебаниях настроения у пациента со злобностью, и о конфликтах, которые он затевает из-за мелочей.

Пример 3. Пациент с сосудистым заболеванием головного мозга жалуется на ухудшение памяти и раздражительность, постоянное внутреннее беспокойство. Родные дополняют эти сведения указаниями на частые расстройства мозгового кровообращения («обмороки», временные потери движений в одной из конечностей, периодические затруднения речи). То же сообщается в сопроводительных документах.

Кроме первичных и вторичных, источники информации подразделяются на субъективные и объективные.

К *субъективным источникам* относятся представление пациента о своем собственном состоянии, а также сведения о его здоровье, представляемые родственниками и другими медицинскими работниками (устно или письменно).

Субъективные источники могут друг другу противоречить. Так, пациент с ипохондрическим синдромом может утверждать наличие у него грозного неизлечимого заболевания желудка, в то время как, согласно медицинской документации, патологические изменения у него минимальны или отсутствуют вообще.

Объективные данные – это наблюдения и измерения, получаемые медсестрой во время беседы. Это и поза пациента, и его положение в постели, и выражение лица, и тембр и громкость голоса. Медсестра психиатрического учреждения должна быть физиогномистом и фиксировать по выражению лица состояние грусти, излишнего веселья, апатии, злобности и пр. Обязательно должны быть отмечены и несоответствия эмоционального переживания и выражения, такие как бодрый голос и выражение грусти на лице; или объективные сведения о тоскливости и блуждающая улыбка.

Объективный осмотр, осуществляемый медсестрой, конечно, куда менее объемен, чем врачебный. Он ограничивается исследованием кожи, подкожно-жирового слоя, температуры тела, частоты пульса и дыхания, АД.

В процессе беседы – наблюдения и опроса формируются отношения пациента и медсестры, которые в дальнейшем используются при проведении всего сестринского процесса. В ходе беседы медсестра дает пациенту информацию о лечебном учреждении, консультациях, лечебных препаратах, ему назначенных, о возможном сроке пребывания в стационаре, режиме учреждения.

Хотя каждая беседа при сборе информации индивидуальна, имеется ряд общих правил.

Так, беседа может быть *направленной* и *ненаправленной*. Первая проводится, если пациент нуждается в экстренной помощи (в случаях особо плохого самочувствия) или если пациент напряжен или возбужден. Тогда вопросы носят «закрытый» характер, т. е. предусматривают конкретный и однозначный ответ. «Сколько вам лет?», «Как вы переносите (какойто) лекарственный препарат?» и т. п.

При ненаправленной беседе пациенту дается возможность выговориться и изложить свои ощущения, суждения и пр. Вопросы носят открытый характер: «Как вы себя чувствуете?», «Насколько, по-вашему, тяжела ваша болезнь?», «Ощущаете ли вы, что обстановка вокруг вас безопасна?».

Кроме того, различают три стадии беседы: начальную, основную и заключительную. Цель *начальной стадии*: установление доверительных отношений. Медсестра представляет себя, сопровождая это такими приемами невербального общения, как улыбка и пожатие руки. В процессе беседы допускаются такие приемы, как нежное дотрагивание до пациента или пациентки, одобрительное похлопывание по плечу, но без сексуального подтекста (тем более у душевнобольных пациентов). Используется мягкий тембр голоса. Вопросы носят деликатный характер, без повторов и настойчивости (недопустимы такие выражения, как:

«нет, вы все-таки мне объясните, вы обязаны мне это объяснить!»). В то же время допускаются уточняющие вопросы и повторы (например, «вы сказали мне, что вечерами тоска временно отпускает, не так ли?», или «правильно ли я вас поняла, что причиной алкоголизации вы считаете неправильное отношение к вам?»).

В *основной стадии* беседы медсестра регистрирует нужную ей информацию.

В *заключительной стадии беседы* медсестра заявляет пациенту (если ей удастся завершить сбор информации) – «это все вопросы, на которые я хотела бы получить ответ»; или (если беседа неполная): «это все вопросы у меня на сегодня». Обязательно выражает удовлетворение беседой, благодарит пациента за полученные сведения, подводит итог беседы (например: «Итак, мы установили, что состояние ваше далеко не безнадежно»; или: «Хотя наши мнения о вашем состоянии не совпали, надеюсь мы со временем придем к взаимопониманию», если пациент отрицает душевную болезнь). Обязательная заключительная фраза – пожелание пациенту здоровья и благополучия.

После беседы выясняет для себя, вся ли информация собрана и при необходимости определяет срок повторной беседы.

Хотя, повторяем, каждая беседа индивидуальна, имеется ряд общих моментов, которые медсестра выявляет и обязательно регистрирует (табл. 6.1).

Таблица 6.1

Информация, получаемая у душевнобольных пациентов

№	Информация (субъективные и объективные данные)	Ответы
1	Паспортные данные	
2	Причины обращения за медицинской помощью	
3	Добровольная или недобровольная госпитализация (для стационарных больных)	
4	Сознание: осмысляет или нет место и время пребывания, собственное «Я»	
5	Общение: полноценное, затруднено, крайне малое, отсутствует	
6	Обманы восприятия (есть, нет, какие)	
7	Мышление (последовательное, ускорено, замедлено, застойно, разорвано, бессвязно, странные речевые обороты)	
8	Состояние памяти (нормальное, вспоминает с трудом, забывает вопросы, обманы памяти)	
9	Преобладающие эмоции: эйфория, грусть, тоска, злобность, апатия, другие	
10	Причины отрицательных эмоций	
11	Отношение к собственной болезни: отрицание, желание поправиться, убеждение в тяжести и неизлечимости	
12	Наличие чувства вины (есть-нет)	
13	Уверенность в безопасности окружающей среды (да-нет)	
14	Конкретные страхи, опасения	
15	Наличие навязчивых мыслей или насильственных влечений, каких	
16	Неприятные соматические ощущения, какие	
17	Наличие судорожных припадков, их характер	
18	Употребление алкоголя (отсутствие, умеренное, злоупотребление, зависимость, наличие «синдрома похмелья»)	
19	Употребление психоактивных средств (каких, как часто, наличие «синдрома отмены»)	
20	Состояние сна (ранняя или поздняя бессонница, пробуждения, ночные кошмары)	
21	Состояние аппетита	
22	Состояние половой функции	
23	Положение пациента в семье (сочувствие, желание помочь, безразличие, отвержение; больной одинок)	
24	Способность к самоуходу (еда, чистка, одевание, туалет)	
25	Работоспособность и положение на работе (благожелательное или отрицательное отношение)	
26	Выражение лица пациента, мимика (богатая, бедная)	
27	Модуляции голоса (монотонные, избыточные, нормальные)	

№	Информация (субъективные и объективные данные)	Ответы
28	Масса тела	
29	Частота пульса и его характер (напряженный, слабый, аритмии)	
30	Частота дыхания	
31	АД	
32	Температура тела	
33	Состояние кожи (чистота, тургор)	
34	Состояние подкожно-жирового слоя (в норме, избыточен, отсутствует)	
35	Врачебный диагноз	
36	Назначенные лекарственные средства	
37	Ранее проводимое лечение, переносимость лекарственных средств	

Примечание. Таблица может быть составлена предварительно или распространена в лечебно-профилактическом учреждении.

2-й этап сестринского процесса – выявление проблем пациента. Этот этап также обозначается разноречиво: «интерпретация полученных данных», «сестринское диагностирование». Однако первое из этих название не содержит указаний на конечную цель; второе предусматривает установление «сестринских диагнозов». В США они распространены и утверждаются NANDA (Североамериканской ассоциацией медицинских сестер). В России от сестринского диагноза отказываются, как вносящего ненужную путаницу в документацию.

Проблема в сестринском процессе характеризуется как обстоятельство, связанное со здоровьем пациента, которое как медсестра, так и пациент хотят изменить, которая нежелательна для пациента и требует вмешательства.

Сестринские проблемы отличаются от врачебных.

Пример 1. Врач назначает нейролептики последнего поколения, чтобы преодолеть аутизм больного шизофренией. Медсестра (специалист по уходу) рассматривает это как нарушение потребности в общении и занимается, помимо выполнения указаний врача, тренингом общения.

Пример 2. Врач назначает ноотропные средства, чтобы как-то активизировать интеллектуально-мнестические процессы у пациента с врожденным или приобретенным слабоумием. Медсестра обучает таких пациентов самоуходу, рассматривая это нарушение, как одну из приоритетных проблем.

Проблемы классифицируют в двух направлениях.

А. Существующие (на настоящий момент).

Б. Потенциальные.

Пример. Наличие у пациента депрессии с суицидными мыслями и намерениями – проблема существующая. Возобновление депрессии в неблагоприятных условиях среды (семья, работа) – проблема потенциальная.

Кроме того, проблемы классифицируются по характеру нереализованной потребности.

А. Физические (или физиологические).

Б. Эмоциональные.

В. Социально-духовные.

Физические проблемы возникают у душевнобольных пациентов относительно редко. Это, например, упорные запоры у пациентов с тяжелыми депрессиями или при нервной анорексии. Это – разнообразные соматические ощущения у больных с невротическими состояниями.

В то же время эмоциональные проблемы у душевнобольных часты. Это и тоска, и злобность, и ощущение небезопасности окружающего, и разнообразные фобии, и опасения грозного и неотвратимого соматического заболевания (без достаточных оснований для этого).

Социально-духовные проблемы возникают почти у всех категорий душевнобольных. Это и ограничение общения, невозможность самореализации, снижение работоспособности из-за состояния памяти, и конфликты в семье или в месте занятости, связанные, например, с употреблением алкоголя или с особенностями личности, но и с неблагоприятным отношением к больному («сумасшедшему»).

Проблемы описываются (и документируются) несколькими составляющими.

1. Название.
2. Причина.
3. Характерные черты.

Пример А. *Проблема* пациента: риск насилия, направленный на себя.

Причина: экологическая катастрофа с гибелью родных.

Характерные черты: сужение фокуса внимания на катастрофе, суждения о бесперспективности дальнейшего существования, слезы, дрожание голоса.

Пример Б. *Проблема*: страх скопления людей, открытых пространств, публичных выступлений (агорафобия).

Причина: резкое переутомление, вынужденное нарушение сна.

Характерные черты: страх еще до выхода из дома, ограничение активности и подвижности, при разговоре – тремор рук, игра вазомоторов.

Если проблема – «существующая», она описывается всеми тремя компонентами («трехчастевая»). Потенциальная проблема – «двухчастевая»: описывается лишь название и причина.

Проблемы формулируются медсестрой при интерпретации данных, полученных при сборе информации. Если состояние пациента позволяет, проблемы обсуждаются совместно им и медсестрой. Сформулированные проблемы служат основой для планирования ухода и выбора вмешательств.

Проблемами, требующими от медсестры наибольшей ответственности, являются: риск насилия, направленный на других, и риск насилия, направленный на себя.

Конкретные проблемы пациентов будем указывать при описании каждой нозологической единицы.

3-й этап сестринского процесса – планирование. Дополнительное звено сестринского процесса в США появляется именно на этом этапе. Отдельно рассматривается «определение ожидаемых результатов» и собственно – «планирование».

Пример определения ожидаемых результатов.

«У пациента восстановится полноценное общение и он начнет посещать психотерапевтические группы» (срок – через 1 месяц; иногда указывается точная дата).

В России определение ожидаемых результатов входит в этап планирования.

По определению Европейского регионального бюро ВОЗ: «Планирование это документирование ожидаемых результатов сестринского вмешательства в соответствии с планом сестринского ухода».

В свою очередь этап планирования разделяется на ряд собственных субэтапов.

А. Установление приоритетов.

Б. Установление целей.

В. Выбор сестринских вмешательств.

Г. Разработка собственно плана ухода.

Этап планирования, в общем, весьма сложен и медсестра имеет право посоветоваться с более авторитетными специалистами по уходу или с другими членами лечебной команды (диетолог, социальный работник, психолог, врач).

А. *Установление приоритетов* естественно имеет смысл, когда у пациента имеется больше, чем одна проблема (таких пациентов подавляющее большинство). Проблемы могут решаться последовательно или одновременно.

Относительно приоритетности проблем имеется 2 рода классификаций.

Первая классификация:

- первичные проблемы, угрожающие жизни;
- промежуточные проблемы, угрожающие здоровью;
- вторичные, прямо не связанные с (душевной) болезнью.

Примеры:

- Риск насилия, направленный на себя (первичная существующая проблема).
- Упорные запоры с угрозой кишечной непроходимости (промежуточные существующая и потенциальная проблемы).
- Беспокойство об оставленных дома животных или не политых растениях (вторичная существующая проблема).
- Профилактика семейного стресса, могущего сказаться на здоровье пациента (промежуточная потенциальная проблема).

Вторая классификация:

- проблема срочного выполнения (решение в 1-е сутки);
- проблемы краткосрочного выполнения (решаемые в течение 1 – 2 недель);
- проблемы долгосрочного выполнения.

Примеры:

- Устранение острого тревожного состояния – проблема срочного выполнения.
- Нормализация сна с помощью медикаментозных и немедикаментозных вмешательств – проблема краткосрочного выполнения.
- Трудовая и/или семейная реабилитация – проблемы долгосрочного выполнения.

Решение первичных и срочных проблем осуществляется только в условиях стационаров. Решение промежуточных и краткосрочных проблем может быть возложена на работников полустационаров, либо реабилитационных центров, либо амбулаторных учреждений. То же касается вторичных и долгосрочных проблем.

Б. *Определение целей* может отождествляться с определением ожидаемых результатов (в США). Хотя цели ухода для каждого пациента индивидуальны, общими (в психиатрии) являются следующие⁶:

⁶ Т. е. здесь коснемся содержания, а не формулировок в документации.

1. Добиться полного выздоровления (такие цели ставятся при экзогенных психозах, вызванных немозговыми инфекциями, интоксикациями, соматическими заболеваниями: в общем, ставятся редко).

2. Добиться улучшения состояния или дезактуализации болезненных переживаний (при эндогенных психозах).

3. Добиться предупреждения рецидива болезни (при эндогенных психозах).

4. Добиться восстановления общения и доверия (при многих заболеваниях).

5. Добиться реабилитации пациента (в семье, месте занятости или при переобучении, в том числе в лечебно-трудовых мастерских).

Цели должны быть реальными и достижимыми. Указание на срок выполнения желателен, но не обязателен. Большинство целей достигаются при совместной работе врача и медсестры; часто и психотерапевта. Цели обычно обсуждаются вместе с пациентом – сразу же или при восстановлении общения, или начале улучшения состояния. Пациент должен быть убежден в значимости целей.

При документации целей ухода медсестра использует общепонятные выражения, а не медицинские термины.

«Пациент должен указывать, что галлюцинации, хоть и есть, но не вызывают тревоги», а не: «интенсивность галлюцинаторных переживаний должна уменьшиться»; или «пациент должен отметить, что перестал видеть алкоголизацию в сновидениях», а не «уменьшилась психологическая зависимость от алкоголя»; или «пациент должен посещать групповые занятия (психотерапии, трудотерапии, арттерапии и др.) не реже 4 раз в неделю».

В. Выбор вмешательств. Вмешательства сугубо индивидуальны, зависят от состояния пациента, направлены на устранение существующих и предупреждение потенциальных проблем.

Определенные требования к вмешательствам:

– они должны быть безопасными и соответствовать возрасту пациента (это касается, например, пределов тренировки памяти);

– они должны быть достижимыми (трудно, например, ставить себе задачей полное восстановление работоспособности у больного шизофренией с большим сроком болезни);

– они должны быть согласованы с ценностями и убеждениями пациента (если, например, отправления религиозных культов совпадает с какими-то групповыми занятиями);

– они должны быть согласованы с лечением другими специалистами (например, трудотерапия и коллективная психотерапия должны быть разделены по времени).

Вмешательства подразделяются следующим образом:

А. Зависимые (под контролем врача).

Б. Взаимозависимые (которые медсестра выполняет в сотрудничестве с другими специалистами).

В. Независимые (выполняемые медсестрой самостоятельно).

• Примеры зависимых вмешательств:

1. Выполнение лекарственных назначений.

2. Ассистирование при проведении электросудорожной терапии.

• Примеры взаимозависимых вмешательств:

1. Контроль переносимости лекарственных средств с последующей информацией врача.

2. Осуществление психотерапии совместно со специалистом или продолжение их, следуя его указаниям.

• Примеры независимых вмешательств:

1. Кормление пациентов с отказом от пищи убеждение, временное ограничение.
2. Обеспечение пациенту наилучших условий для сна.
3. Контроль поведения (ежеминутное наблюдение за пациентом с риском насилия).
4. Выполнение бытовых просьб пациента (просьба посещения кем-то; связь с работодателем и т. п.).
5. Обучение пациента самоуходу.
6. Проведение аутотренинга.

Г. *Собственно планирование с документированным составлением плана* проводится после обсуждения его с пациентом и/или его близкими людьми. Рекомендуется составлять план не позднее 3 дней после начала наблюдения за пациентом (в стационаре или на дому). Через несколько дней рекомендуется составление коррекционного плана. План представляет собой перечень необходимых действий для осуществления сестринского ухода. Он должен быть составлен так, чтобы быть понятным любому специалисту, принимающему участие в уходе. План может также повторно составляться при переводе пациента из одного типа медицинского учреждения в другой (например, из стационара в полустационарное учреждение)⁷.

4-й этап сестринского процесса – выполнение. Иногда употребляется термин «реализация», что одно и то же, и означает претворение в жизнь плана ухода. Все действия медсестры на этапе «выполнения» непременно документируются, передаются по смене или при переводе пациента из одного учреждения в другое, или при выписке на амбулаторное лечение.

Перед началом «выполнения» (в психиатрии особенно) медсестра должна убедиться, не изменилась ли неожиданно ситуация, т. е. не требуется ли срочное изменение плана. Кроме того, медсестра должна уяснить, не требуется ли при «выполнении» помощь других медсестер или специалистов другого профиля (например, психолога), хотя медсестра является координатором лечебной команды. На этапе «выполнения» на помощь обычно привлекаются близкие пациента. Отметим еще, что на этом этапе оказываются особенно востребованными коммуникационные способности медсестры.

При развитом сестринском процессе этот этап довольно трудоемок, и одна медсестра способна осуществить полноценный уход за 3 – 4 пациентами, не более.

Конкретные сестринские вмешательства приводятся в главах, посвященных отдельным душевным заболеваниям. Приведем, однако, общее их содержание (из американского учебника для медсестер):

- улучшать здоровье и безопасность пациента;
- осуществлять мониторинг медикаментозных вмешательств;
- обеспечивать пациента регулярным питанием и питьем;
- обеспечивать качественную психотерапевтическую среду;
- повышать самооценку пациента, его чувство собственного достоинства и доверия к себе;
- увеличивать общительность пациента;
- использовать семью пациента, как поддержку;
- обучать пациента самоуходу.

5-й этап сестринского процесса – оценка эффективности вмешательств. Это заключительный этап сестринского процесса, в то же время – наиболее ответственный.

⁷ Пример плана сестринского ухода будет представлен в конце главы, после изложения всех этапов сестринского процесса.

«Оценка» может перечеркнуть все предпринятые медсестрой усилия (вмешательства), а с другой стороны, могут быть найдены стимулы и указания к дальнейшему ведению сестринского процесса.

По определению ВОЗ, задача данного этапа: «определить результат, т. е. состояние пациента, достигнутое в результате сестринских вмешательств».

Этап оценки включает несколько последовательных компонентов.

1. Повторное обращение к запланированным конкретным целям ухода, показателям их наблюдаемости или измеримости.

2. Сбор данных о текущем, на данный момент, состоянии пациента.

3. Сравнение полученных данных с поставленными целями и вынесение суждения: достигнута ли цель.

4. Установление связи между проведенными вмешательствами и достигнутым результатом.

5. Завершение, пересмотр или модификация плана ухода.

В результате «оценки» медсестра может прийти к нескольким заключениям:

А. Цель достигнута, проблема снята.

Б. Цель достигнута частично.

В. Цель не достигнута.

Г. Возникла новая проблема, своей значимостью заслонившая предыдущую.

Если цель достигнута, медсестра, как указано выше, устанавливает, произошло ли это благодаря ее вмешательствам или по другим причинам.

Пример 1. Депрессия у пациента исчезла, но произошло это спонтанно, так как заболевание течет периодически.

Пример 2. Депрессия, вызванная неблагоприятной внешней ситуацией, исчезла, так как в лучшую сторону изменилась сама ситуация (семейная, на работе или другая).

Если проблема снята, медсестра отмечает в документации «прекращено», однако, передает содержание достигнутого в амбулаторное учреждение.

Если цель не достигнута или достигнута частично, медсестра анализирует причину случившегося (не касаясь врачебных подходов – возможности неправильной диагностики или неадекватного лечения).

Пример 1. Масса тела девочки-подростка, страдающей нервной анорексией, продолжает падать – цель не достигнута. Это случилось вследствие плохого контроля потребления пищи; девочка продолжала вызывать рвоту.

Пример 2. Сон пациента, страдающего алкоголизмом, не до конца улучшился, иногда преследуют ночные навязчивые воспоминания об алкоголизации – цель достигнута частично. Причина – нерациональное размещение пациентов в палате, куда помещен пациент с явными признаками запоя.

Новой проблемой, заслонившей предыдущую, может быть переход расстройства настроения в противоположное по модальности (маниакального состояния в депрессию или наоборот). Или же возникновение тяжелых длительных осложнений при применении психотропных средств (например, длительного «нейролептического синдрома» или сердечных аритмий).

Если цель не достигнута или достигнута частично, перед медсестрой возникает следующая альтернатива:

А. Модифицировать план ухода (например, если коллективная психотерапия ухудшает состояние пациента или если не придавалось значения помощи семьи).

Б. Продлить осуществление плана ухода (если, например, критика пациента к своему состоянию восстанавливается, но медленно).

В случаях достижения или недостижения цели в анализе причин медсестра обсуждает это с пациентом и с его близкими.

Пример ведения сестринского процесса (пятизвенная модель)
Пациентка Ф., 75 лет, пенсионерка, в прошлом после окончания института была переводчицей в лагере для военнопленных немцев, в дальнейшем учительница в престижной школе. Имеет замужнюю дочь и двух внуков. Находится в отдельной палате.

Врачебный диагноз: сосудистое заболевание головного мозга с психическими нарушениями (подтверждено инструментально).

Лекарственные назначения: ноотропил, кавинтон, сонапакс, реланиум.

Результаты сбора информации медсестрой. У больной по собственным высказываниям и физиогномическим наблюдениям снижено настроение и она испытывает постоянную тревогу. Указывает причину: боится внезапной смерти от «мозгового удара», не верит в возможности медицины, считает, что в ее возрасте близкая смерть неотвратима. Спит с пробуждениями, а при утреннем пробуждении не сразу понимает, где находится и считает, что ее сейчас судят за связь с немцами. Память снижена только на текущие события, но боится, что потеряет память окончательно. Жалуется на головные боли. Дочь указывает, что дома у больной появлялись кратковременные состояния, когда она теряла чувствительность в правой руке или в той же руке были к тому же затруднены движения. Ситуация в семье не вполне благополучная: дочь и зять считают, что больная излишне «хнычет», чтобы приковать к себе внимание и вызвать жалость. При объективном осмотре отмечена умеренная тахикардия: ЧСС – 92; умеренное повышение АД – 165/100.

Проблемы пациентки. Существующие.

1. Тревога и необоснованный страх близкой смерти.
2. Недостаток сведений о собственной болезни, что отражается в неверии в медицину.
3. Головные боли.
4. Нарушение потребности в сне.
5. Субконфликтная ситуация в семье.

Потенциальная проблема.

Риск развития нарушений мозгового кровообращения.

Планирование.

А. Выявление приоритетов. Проблемами срочного выполнения являются тревога, страх смерти и риск развития расстройств мозгового кровообращения.

Проблемами краткосрочного выполнения являются расстройства сна, сосудистые нарушения, неосведомленность о характере собственной болезни. Проблемой долгосрочного выполнения является нормализация семейных отношений.

Б. Определение целей.

- Пациентка будет правильно вербализовать представление о собственной болезни (срок 2 нед.).
- Пациентка будет сама перечислять, что нужно делать для предупреждения расстройств мозгового кровообращения (2 нед.).
- У пациентки по объективным показателям (тембр голоса, выражение лица, частота пульса) уменьшатся тревога и страхи (3 – 4 нед.).
- Пациентка будет отмечать исчезновение ночных пробуждений и просоночных состояний (3 – 4 нед.).
- У родных пациентки восстановится правильное отношение к ней (3 – 4 нед.).
- Пациентка начнет заниматься тренировкой памяти и спокойно, с верой в улучшение воспринимать результаты тестирования.

В. Выбор вмешательств. Будет сформирована лечебная команда, состоящая из медсестры, психотерапевта, диетолога, врача – как консультанта. Все вмешательства будут обсуждаться с пациенткой и ее родными. Вмешательства – медикаментозные, психотерапевтические. Медсестра играет как координирующую, так и самостоятельную роль.

Выполнение. В первую неделю – мониторинг лекарственных средств. Медсестра отметила, что ноотропил препятствует засыпанию и непосредственно после его приема повышается АД. По ее представлению врач заменил ноотропил на пантогам. В диете и передачах родных медсестра исключила жирную пищу (по согласованию с диетологом).

Во вторую неделю начались интенсивные психотерапевтические вмешательства. В первой беседе принимал участие психотерапевт, дальше медсестра работала самостоятельно.

Содержание 1-й беседы: Атеросклероз как причина заболевания пациентки и как уменьшить его влияние (диета, преодоление гиподинамии, исключение стресса, контроль АД и состояния свертывающей системы крови). Убеждение пациентки, что при соблюдении правил пациентке вряд ли что-то грозит.

Содержание 2-й беседы: Стресс, его последствия, как его предупредить и преодолеть.

Содержание 3-й беседы. Что следует делать для нормализации сна. Больной предписаны вечерние прогулки в сопровождении, отрегулирована температура в палате, отменен прием пищи вечером.

Содержание 4-й беседы. Память в старости и как ее поддерживать (пациентка несколько раз в день и короткое время стала читать на немецком).

Беседы с вариациями более или менее длительно проводились каждое дежурство.

Кроме того, проводилось несколько бесед с семьей – убеждение их в болезни пациентки, научение правильному отношению к ней, методам предупреждения расстройств мозгового кровообращения.

Оценка эффективности вмешательств. Все проблемы пациентки сняты, лишь память остается несколько сниженной. Ф. выписана под амбулаторное наблюдение и в диспансер передана документация сестринского процесса.

Вопросы к главе 6.

1. Сформулируйте основные различия сестринского и врачебного подхода к пациенту.
2. Перечислите источники сбора информации.
3. Дайте определение понятия «проблема».

4. Расскажите о классификации проблем и приведите примеры.
5. Перечислите субэтапы планирования.
6. Как подразделяются проблемы по приоритетности?
7. Каковы общие цели сестринского процесса в психиатрии?
8. Каковы требования к сестринским вмешательствам?
9. Каковы могут быть результаты оценки эффективности вмешательств, и что предпринимается, если цели не достигнуты?

Глава 7

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

Традиционно они излагаются соответственно поражению отдельных психических функций: восприятия, мышления, памяти, воли, эмоций; далее идут нарушения сознания, самосознания и личности. Названия классических сочетаний симптомов – синдромов – приводятся по ходу изложения и в конце в сводной таблице.

Расстройства восприятия

Наиболее часто наблюдаемыми симптомами являются: гиперестезия, сенестопатии, дереализация, иллюзии и галлюцинации.

Гиперестезия – усиленное чувственное восприятие: большей яркости красок, четкости контуров, громкости звуков, обострения запахов. Наиболее часто гиперестезия наблюдается при отравлении наркотическими средствами. Противоположный вид расстройства – гипестезия (приглушение звуков, тусклость света, блеклость красок) наблюдается реже, при утомлении или снижении настроения (депрессии).

Сенестопатии – неприятные, тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела (жжение, покалывание, стягивание, скручивание и др.). Эти необычные ощущения нередко очень вычурно описываются больными. Сенестопатии весьма распространены в психиатрической практике. Они нередки при шизофрении и депрессивных эпизодах. Подчеркнем, что сенестопатии – неоформленные, непредметные ощущения в теле. В других случаях, когда пациенты, например, уверяют, что под кожей ползают насекомые, в животе вздуваются шары, шевелятся черви, говорят о тактильных или висцеральных галлюцинациях. Сенестопатии подвергаются обычно мыслительной обработке, пациенты считают, что они тяжело больны, организм сгнил, или же уверяют, что их ощущения – следствие воздействия посторонних сил или недоброжелателей.

Дереализация – ощущение изменения и отчуждения окружающего мира, его нереальности и неестественности. При этом пациенты никогда не указывают, что изменилось конкретно. Типичны высказывания: все изменилось, отодвинулось, все стало мертвым, безжизненным, будто нарисованным, все воспринимается как сквозь туман или толстое стекло и т. п.

К дереализации относятся также ощущения изменения течения времени и феномены *déjà vu*, когда незнакомая обстановка кажется уже виденной, и *jamais vu*, когда знакомая обстановка ощущается увиденной впервые (дословный перевод – никогда не виденное).

Дереализация очень редко возникает при резком утомлении, часто при органических поражениях головного мозга, а также в начальной стадии шизофренического процесса. В последних случаях отмечается и чувство изменения собственного «Я» (см. ниже).

Расстройство «схемы тела» – ощущение изменения формы и величины тела, или соотношения его частей, или формы и величины какой-то части тела. Пациенты, например, говорят, что тело стало большим, тяжелым или легким, невесомым; голова заполняет всю комнату, руки неимоверно удлинились. Это нередко сочетается с ощущением изменения формы и величины окружающих предметов (*метаморфозии*). Расстройства схемы тела и метаморфозии наблюдаются при органических поражениях мозга или вследствие токсического воздействия на мозг. Осмотрев себя в зеркале, пациент, как правило, убеждается в

ошибочности самовосприятия, но расстройства «схемы тела» вновь возникают, лишь только пациент отойдет от зеркала или закроет глаза.

Иллюзии – искаженное, ошибочное восприятие реальных предметов. При этом в отличие от метаморфозисов речь идет не об изменении формы и величины предмета, а о качественно ином его восприятии. Так, при сильном страхе, волнении у человека, идущего по темному лесу, куст воспринимается как разбойник с ножом; качающаяся штора у человека, боящегося одиночества и темноты, – как движения повешенного или скелета. Иллюзии подразделяют на зрительные и слуховые. *Зрительные* иллюзии нередко носят фантастический характер: так, при интоксикациях наркотиками или в начале развития алкогольного делирия на месте трещин, неровностей стен пациент видит причудливые растения, цветы, маски, ползущих змей. Это так называемые *парейдолические* иллюзии. При *слуховых, вербальных* иллюзиях пациент в разговорах окружающих, радио- или телевизионных передачах слышит оклики, комментарии его поведения или угрозы в свой адрес.

Галлюцинации – наиболее четко определяются как «восприятие без объекта», то есть человек видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует.

Разновидностей галлюцинаций очень много, и они классифицируются по многим признакам. Так, выделяют *элементарные* галлюцинации – видение вспышек света, искр в поле зрения или слышание звуков, гула, треска. Элементарные галлюцинации беспредметны.

Галлюцинации традиционно относят к тому или иному из органов чувств и выделяют зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые. *Зрительные* галлюцинации могут иметь сложный, сценopodobный характер, вызывать восторг, интерес, если пациент видит экзотические земли, города, миражи, совершает космические путешествия, скитается в межзвездном пространстве; но чаще они носят устрашающий характер – пациент в состоянии так называемой белой горячки видит страшных животных, людей, подбирающихся к нему с ножами (рис. 6). *Слуховые* галлюцинации также большей частью носят неприятный для пациента характер: больной слышит, как голоса обсуждают, комментируют его поступки, ругают и осуждают его (рис. 7).

При этом наиболее опасны «императивные галлюцинации», когда голоса приказывают пациенту покончить с собой или совершить агрессивный поступок. *Тактильные* галлюцинации могут выражаться в ощущении пробегания по телу насекомых или пролитой на тело жидкости, они с трудом отличимы от сенестопатий. *Обонятельные* и *вкусовые* галлюцинации всегда вызывают отрицательные эмоции; пациент ощущает запах смрада, гнили; вкус пищи кажется отвратительным⁸.

Галлюцинации также подразделяют на *истинные* и *ложные*. Последние чаще называют псевдогаллюцинациями. Приводим их основные отличительные признаки:

⁸ Галлюцинации (как и сенестопатии), как правило, сочетаются с бредовыми идеями, что будет подробнее изложено в соответствующем разделе.



Рис. 6. Зрительные галлюцинации у пациента с алкогольным делирием



Рис. 7. Слуховые галлюцинации

1. Истинные галлюцинации воспринимаются вовне, в окружающем пациента пространстве, помещении. Псевдогаллюцинации проецируются внутри тела пациента, чаще всего в его голове («в голове показывают картины»; «звучат внутри божественные и сатанинские голоса»), или же в «особом поле», отличимом от реальной обстановки.

2. Истинные галлюцинации для пациента ничем не отличаются от реального восприятия (пациент в состоянии, например, инфекционного делирия видит вооруженных бандитов и пытается от них убежать или закрывается одеялом; с голосами пациент вступает в общение, отвечает им, пытается оправдаться). Псевдогаллюцинации пациент всегда отличает от реальности, они воспринимаются как нечто навязанное, насильственное, сделанное, подстроенное. Типичные заявления: «мне сделали голоса», «с помощью особых аппаратов мне наводят звучащие мысли», «мне подстроили так, что голоса говорят моим языком». Однако для больного это тоже своего рода реальность.

Псевдогаллюцинации почти всегда являются симптомом шизофрении.

Расстройства мышления

Различают расстройства ассоциативного процесса и патологическую продукцию мышления.

Приводим наиболее распространенные **расстройства ассоциативного процесса**.

Ускорение мышления – мысли текут быстро, их много, речь ускорена, пациент говорит почти непрерывно и, поскольку он не успевает выразить в речи всю мыслительную продукцию, постоянно перескакивает с одного предмета на другой, то есть ускоренное мышление непременно сопровождается отвлекаемостью. Характерно для маниакальных состояний.

Замедленность мышления – мысли текут медленно, тяжело, речь также замедлена, пациенты жалуются на плохую память и соображение. Характерно для депрессий.

Застойность мышления (также называемая обстоятельностью или вязкостью). При этом темп мышления и речи может быть не изменен, но пациент с трудом переключается с одной мысли на другую, а иногда застревает на деталях или на каком-то слове. Характерно для эпилепсии.

Пациент, страдающий эпилепсией, обращается к врачу: «Доктор, я опять со своей коленочкой. Как весна настанет, так опять болит моя коленочка. Вот и сегодня утром я пошел к сестричке со своей коленочкой. Она была занята и не дала лекарство от коленочки. И потом все болела коленочка. Доктор, пропишите мне лекарство от коленочки...»

Резонерство (характерно для шизофрении) – это расстройство мышления характеризуется как бесплодное рассуждательство, бесцельное нанизывание слов, хотя фразы облекаются в правильную грамматическую форму.

Пациент при психологическом тестировании рассуждает: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что осталось в человеке хорошего, в ней нет очевидности горения, накала нити...»

«Дружба – это ассоциация нескольких взаимно одинаково развитых людей. В противном случае они, если дружащие находятся в неодинаковой стадии развития своего интеллекта, не будут друг друга понимать и дружба превратится в недружество...» (Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976).

Паралогическое мышление – нарушение логики, когда пациент приходит к нелепым, необоснованным заключениям из посылок, сделанных в первой части фразы или суждения. Это расстройство также характерно для шизофрении.

«Минус – это печаль об утерянном».

«Я хочу спать. А поэтому научите меня, пожалуйста, музыке».

«На улице идет снег, потому что моей бабушке восемьдесят».

Разорванность мышления – это расстройство наблюдается в далеко зашедших случаях шизофренического процесса. Оно заключается в отсутствии связи между отдельными мыслями и словами; это расстройство иногда именуют «словесной окрошкой» или «словесным салатом».

«Где чудо, там рыбаки. Тайна вечная погибла, будет странно гнить. Где связки, там развязки. И женщины должны будут спастись... Тайна жизни не рождена... Странное скрежетание, что правда, что симуляция».

Обратите внимание, что при расстройствах мышления, характерных для шизофрении (резонерство, разорванность, паралогическое мышление), грамматический строй фраз сохраняется и имеется тенденция к употреблению сложных, редко употребляемых слов. Иногда больные придумывают новые слова.

Бессвязность мышления – при этом виде расстройства также отсутствует связь между отдельными мыслями и словами, однако в этих случаях грамматический строй грубо нарушается, и речь представляет бессмысленный набор слов или фраз, их выкрикивание или шепот («Что... где... врач... часы... здесь... может быть...» и т. п.).

Бессвязность мышления наблюдается при глубоком помрачении сознания, например при психических расстройствах, обусловленных тяжелыми соматическими заболеваниями или инфекциями.

Переходим к **патологической продукции мышления**.

Сверхценные идеи (они также именуются доминирующими, или *idea fix*). Суждения пациента не носят нелепого характера, но приобретают особую значимость, заслоняют реальность и определяют все поведение человека.

Так, человек может необоснованно считать себя великим музыкантом, поэтом; человеком, способным на величайшее научное открытие или изобретение, что не соответствует реальности. В других случаях человек всю жизнь переживает свой небольшой или мнимый физический недостаток (оттопыренные уши, неправильную форму головы, чрезмерную полноту или худобу). Весьма нередко встречаются люди, чрезмерно подозрительные, усматривающие злокозненные намерения со стороны соседей, сослуживцев, определенных социальных или национальных групп. К этой категории относятся и «сутяги» – люди, посвятившие свою жизнь писанию жалоб во все более и более высокие инстанции, поскольку в низших их претензии не удовлетворяют. Критика к сверхценным идеям отсутствует или она нестойка. Эти идеи наблюдаются на фоне выраженной эмоциональной напряженности.

Бредовые идеи – это суждения и ложные умозаключения, носящие нелепый характер и совершенно неподдающиеся разубеждению. Разновидностей бредовых идей очень много, но обычно их подразделяют на три большие группы: бредовые идеи величия, бредовые идеи преследования, бредовые идеи самоуничтожения⁹.

1. **Бредовые идеи величия** могут заключаться в убеждении пациента в своей особой значимости, в своих исключительных способностях, в своей особой миссии на земле («посланник Бога на земле»), в своем высоком происхождении, богатстве. При далеко зашедшей

⁹ Здесь хотим обратить внимание на неправильность выражений «мания величия» или «мания преследования». Под «манией» подразумевается иное расстройство.

болезни пациенты могут идентифицировать себя с известными историческими персонажами (Иисус, Ленин, Сталин и др.). При любовном эротическом бреде пациенты уверены в своей сверхчеловеческой привлекательности, сексуальности, возможностях, любви к ним известных в обществе особ; добиваются встречи с этими людьми, ставя себя в критическое положение.

2. *Бредовые идеи преследования* (разновидностей этого расстройства особенно много) – пациент может быть уверен, что все происходящее имеет к нему особое отношение, за ним пристально наблюдают, брезгливо смеются. Далее такие идеи сменяются уверенностью в слежке за ним, пациент считает, что его преследует шайка, банда, что все вокруг инсценировано; семья, больничный персонал вовсе не те, за кого себя выдают. Весьма распространены идеи отравления и физического воздействия, когда пациенты считают, что на них, на их мозг, внутренние органы воздействуют особыми лучами, реактивом, электричеством, лазером, или считают, что они околдованы, на них наводят порчу. Нередко наблюдаются бредовые идеи ревности, когда больные без всяких оснований обвиняют супруга или супругу в неверности, осуществляют за ними слежку, приклеивают бумажки к входной двери и утром проверяют их целостность и т. п. Пациенты в старческом возрасте часто высказывают бредовые идеи обнищания и ущерба – уверяют, что родные (или медперсонал!) их постоянно обкрадывают, не кормят.

3. *Бредовые идеи самоуничтожения* выражаются в убежденности пациентов в своей греховности, виновности. Они придают своим мелким ошибкам или просчетам огромное значение, обвиняют себя в том, что погубили жизнь семьи, что принесли огромный вред обществу («...не понимаю, как меня земля держит... не надо меня лечить, меня надо убить...»). Бредовые идеи самоуничтожения, самообвинения обычно приводят пациентов к суицидным намерениям или действиям. Разновидностью этих расстройств является ипохондрический бред, бред болезни, когда пациенты уверены в своем тяжелом, неизлечимом заболевании, считают, что их органы сгнили, внутри ничего не осталось.

Бредовые идеи нередко сочетаются с галлюцинациями или псевдогаллюцинациями. Такие сочетания обозначают как галлюцинаторно-параноидный синдром. Ипохондрический бред сочетается обычно с сенестопатиями. При формировании яркого, эмоционально-насыщенного бреда без галлюцинаций говорят о паранойальном синдроме.

Навязчивые состояния (обсессии) заключаются в возникновении у человека мыслей, сомнений, воспоминаний, страхов, влечений, действий, от которых он никак не может избавиться, хотя понимает полностью их болезненность. Обсессии наиболее характерны для невротических расстройств. *Навязчивые мысли* проявляются в стремлении считать людей, попадающихся на улице, складывать номера домов, автомобилей, размышлять на никому не нужную тему («почему я мою руки»), вспоминать мелкие подробности прошлого.

Навязчивые сомнения (наблюдающиеся и у здоровых людей) включают постоянную неуверенность, например в том, выключен ли газ, свет, закрыт ли водопроводный кран, заперта ли дверь.

Навязчивые страхи (фобии) – весьма разнообразны: страх высоты, открытых пространств, закрытых пространств (клаустрофобия); страх поглощения пищи, внезапной смерти, заражения инфекционной болезнью; боязнь сердечного приступа и заболевания раком (кардио- и канцерофобия) или душевной болезнью. Нередко наблюдается страх возникновения или повторения страха, особенно в ремиссии (фобофобия).

Весьма мучительны – *навязчивые влечения*: желание оскорбить словом или действием какого-то человека, часто любимого члена семьи.

Навязчивые действия – весьма разнообразны: потирание рук, дерганье волос или выдергивание их, переставление предметов и др. Борясь с навязчивыми состояниями, пациенты часто придумывают себе специальные ритуалы – для того чтобы избавиться от навяз-

чивых сомнений, закрыта ли дверь, дернуть ее с силой четыре раза; для того чтобы избавиться от навязчивого желания выругаться, повернуться вокруг своей оси и т. п.

Расстройства памяти и интеллекта

Эти расстройства являются, как правило, следствием грубоорганических поражений мозга, исключением является *гипермнезия* – улучшение памяти и мыслительных способностей при нерезко выраженном маниакальном возбуждении с подъемом настроения.

Неизмеримо чаще встречается в психиатрической практике *гипомнезия* – ослабление памяти. При этом при переутомлении, невротических расстройствах в первую очередь ослабляется процесс вспоминания – воспроизведения памяти; при органических поражениях, например при атеросклерозе сосудов головного мозга, ослабляется процесс запоминания.

Полная утрата памяти носит название *амнезии*. При органических атрофических процессах мозга амнезия носит прогрессирующий характер, и в первую очередь наблюдается потеря памяти на текущие события (фиксационная амнезия), затем на давние.

Так, первыми признаками психических расстройств в позднем возрасте зачастую является забывание стариками цели выхода из дома, перечня продуктов, которые необходимо купить. Они могут несколько раз повторять одни и те же вопросы, суждения и т. п.

При острой мозговой патологии амнезия может охватить ограниченный отрезок времени. Так, после черепно-мозговой травмы человек нередко забывает события, предшествующие ей на несколько часов или даже дней, в том числе и обстоятельства получения травмы. Такое явление носит название *ретроградной амнезии*. Иногда же после травмы, серии эпилептических припадков, интоксикаций атропиноподобными средствами и в других случаях забываются последующие события. Такое явление называется *антероградной амнезией*.

В психиатрической практике нередки и *обманы памяти*. Различают *псевдореминисценции*, когда больные ошибочно относят действительные события не к тому времени, когда они произошли (например, пациент с глубоким атеросклерозом сосудов головного мозга уверяет, что война с гитлеровской Германией кончилась всего несколько дней назад), и истинные обманы памяти – *конфабуляции* – неправдоподобные, ложные воспоминания, когда пациенты вспоминают события, на самом деле никогда не имевшие места (например, старая женщина, страдающая сосудистой деменцией, рассказывает о своих многочисленных замужествах: поэт, знаменитый дирижер, известный врач и др.).

Конфабуляции и псевдореминисценции, как правило, сочетаются с гипомнезией или фиксационной амнезией. Они входят в структуру корсаковского синдрома, наблюдающегося при алкогольной зависимости, после тяжелых черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, отравлениях угарным газом и в других случаях. Помимо вышеперечисленного, корсаковский синдром включает дезориентировку пациентов во времени (естественно, страдая фиксационной амнезией, они не в состоянии запомнить месяц и число).

Необходимо отметить, что с расстройствами памяти неразрывно связаны *расстройства внимания*. Ослабление памяти (например, при атеросклерозе сосудов мозга, невротических расстройствах) сопровождается ухудшением способности к концентрации внимания, уменьшением объема внимания, затруднением переключения внимания с одного предмета на другой. Особенно характерна для таких состояний *истощаемость внимания*, сокращение времени, в течение которого пациенты способны его концентрировать.

Интеллект характеризуется как запасами памяти, способностью к накоплению новых знаний, так и способностью к познанию, рациональным суждениям, умозаключениям, критической оценке окружающего. Глубокое поражение интеллекта носит название

слабоумие. Оно может быть врожденным (при умственной отсталости – олигофрении) и приобретенным в результате мозговых заболеваний. Приобретенное слабоумие носит название *деменция* (буквально – «понижение разума»). Характер деменции может быть различным в зависимости от типа заболевания: так, при болезни Альцгеймера – слабоумие тотальное, поражаются и память, и мыслительные способности; при мозговом атеросклерозе – преимущественно память; при эпилепсии с психическими расстройствами на первый план выступает тугоподвижность мышления и снижение круга интересов.

Эмоциональные расстройства

Все нарушения психической деятельности протекают на определенном эмоциональном фоне, но иногда эмоциональные расстройства являются ведущими.

Весьма распространенной является *эйфория* – повышенное настроение. Оно может сопровождаться ускорением мышления, двигательным оживлением или возбуждением, идеями переоценки собственной личности. Все это – признаки маниакального синдрома (рекомендуем прочитать монолог Хлестакова из гоголевского «Ревизора»). Признаки эйфории наблюдаются в большинстве случаев при алкогольном опьянении. В других случаях эйфория может сопровождаться ощущением блаженства, полной удовлетворенности, беспечности, невниманием к окружающему. Это свойственно наркотическому опьянению. Наконец, нередко отмечается просто постоянно повышенный эйфорический фон настроения – у пациентов с алкогольной зависимостью, при органических поражениях мозга, опухолях мозга.

Снижение настроения носит название *дистимия*, а резко сниженное настроение с ощущением тоски – *депрессия*. Иногда депрессия выражается в ощущении пугающего большого безразличия к окружающему, к родным, детям («я стал деревянным, как доска»). Классическая депрессия сопровождается замедлением мышления, двигательной заторможенностью, идеями самоуничтожения. Такое сочетание обозначается как депрессивный синдром. Состояния, в которых тоска для пациента особенно тяжела, ощущается находящейся в теле, в области сердца («душа ноет», «душа рвется наружу»), обозначаются как *меланхолический синдром*. Важно знать, что в таком состоянии двигательная заторможенность может совершенно внезапно смениться «взрывом тоски» и пациенты могут нанести себе повреждения или предпринять суицидную попытку.

Следует иметь в виду еще одно важное обстоятельство: мимика пациентов с душевными расстройствами далеко не всегда соответствует характеру переживания (как, впрочем, и у здоровых людей). Иногда, испытывая глубокую тоску, пациенты в состоянии депрессии усиленно улыбаются, шутят, стараются выглядеть как здоровые.

Депрессия может сопровождаться *чувством тревоги*, которая бывает для пациентов также непереносимой и часто ведет к суицидным попыткам. Страх, в отличие от тревоги, есть опасение чего-то конкретного. Психически больные нередко испытывают страх, например, при наплыве галлюцинаций в состоянии алкогольного делирия.

Как указывалось в предыдущем разделе, в структуре навязчивых состояний нередки и *фобии* – страх высоты, закрытых пространств и др.

В отличие от депрессий *дисфории* включают не только тоску, но и злобу, которая нередко разряжается вспышками агрессии. Помимо тоски и злобности, пациенты часто испытывают страх. Дисфория характерна для эпилепсии, а также для определенного типа личностных расстройств (для психопатических личностей).

Взрывом злобности сопровождается и *патологический аффект* – неадекватно сильный разряд отрицательных эмоций в ответ на неблагоприятную ситуацию. При этом окружающее представляется больному неясным, он совершает агрессивные поступки, о которых потом забывает.

В результате некоторых патологических процессов у пациентов развивается эмоциональная тупость, **апатия** – безразличие к окружающему, к собственному положению, близким; холодность к ним. В отличие от депрессивных больных при развитии апатии, эмоциональной тупости пациенты никак ее не переживают. Апатия развивается в результате шизофренического процесса, при опухолях лобной доли и других поражениях мозга.

Волевые и двигательные расстройства

Эти два вида расстройств неразрывно связаны: воля, волевой акт обязательно находят свое выражение в движении, в двигательной активности, в осуществлении принятого решения.

Ослабление (отсутствие) волевой активности несет название **абулия**. При этом поражается первый из этапов волевого процесса – утрачивается побуждение, стремление достичь какой-то цели. Абулия неизменно и закономерно сопровождает апатию, безразличие к окружающему. Сочетание этих двух симптомов образует апатоабулический синдром, наиболее часто развивающийся при длительном шизофреническом процессе и при опухолях лобных долей головного мозга. Апатоабулический синдром, естественно, сопровождается двигательной заторможенностью, вплоть до полного отсутствия двигательной активности (ступора).

Другим видом волевых нарушений являются **импульсивные влечения и действия**. В отличие от навязчивых влечений (что изложено в данной главе в разделе «Расстройства мышления») импульсивные влечения для пациентов непреодолимы, хотя по окончании импульсивных действий они понимают их болезненность. Перечислим наиболее часто наблюдаемые импульсивные влечения:

- **дромомания** – непреодолимое и ничем не мотивированное стремление к перемене мест, бродяжничеству;
- **дипсомания** (запой) – внезапное непреодолимое влечение к пьянству, которое иногда возникает у личностей, не употребляющих спиртное;
- **пиромания** – непреодолимое влечение к поджогам;
- **клептомания** – влечение к воровству. Наиболее часто наблюдается у истеричных, лживых, фантазирующих личностей.

Вообще же импульсивные влечения наиболее часто наблюдаются как следствие органических поражений мозга.

К вышеперечисленным расстройствам весьма близки **извращения инстинктивных влечений**. Так, медработники, занимающиеся душевными расстройствами в детском и подростковом возрасте, нередко сталкиваются с **анорексией** – утратой чувства голода и отсутствием желания потребления пищи. Анорексия – сложный феномен различного происхождения и будет рассмотрен более подробно в главе, посвященной детской психиатрии. Противоположным расстройством является **булимия** – усиление влечения к пище, постоянный волчий голод. Булимия и анорексия нередко сменяют друг друга, но булимия в ряде случаев наблюдается и самостоятельно – при органических поражениях головного мозга и врожденной умственной отсталости.

Переходя к двигательным расстройствам, прежде всего отметим, что одним из наиболее частых психических нарушений является **двигательное возбуждение**. Оно может сопровождаться возбуждением и других сфер психической деятельности (эмоций, мышления и др.), тогда оно называется **психомоторным возбуждением**. Так, мы уже упоминали о двигательном возбуждении в структуре маниакального синдрома (вместе с эйфорией и ускорением мышления). Двигательное возбуждение сопровождает наплыв галлюцинаций (например, при алкогольном делирии или шизофрении) или развитие бредовых идей пресле-

дования (под влиянием устрашающих галлюцинаций, страха, уверенности, что замышляют его убийство, хотят изуродовать, превратить в другое существо и т. п., пациент обращается в бегство или совершает бессмысленные агрессивные поступки).

С другой стороны, в психиатрической практике наблюдается возбуждение и чисто двигательное. Таково, например, *кататоническое возбуждение*, заключающееся в бессмысленных перемещениях, стереотипном повторении одних и тех же слов и движений или повторении слов и жестов окружающих. При другом виде двигательного возбуждения – *гебефреническом* – характерно нелепо-дурашливое поведение (гримасничанье, кривляние, смех, нелепые шутки и т. п.).

Одним из наиболее частых двигательных расстройств является и ***двигательная заторможенность***. Крайнее его выражение – ступор, полная обездвиженность. Резкая двигательная заторможенность, вплоть до ступора, может развиваться при депрессивном синдроме, вместе со снижением настроения и замедлением мышления. Как указано в этом разделе, значительная двигательная заторможенность характерна для апатоабулического синдрома.

Вместе с тем кататонический *ступор* является чисто двигательным расстройством. Пациент в состоянии выраженного кататонического ступора лежит совершенно неподвижно, речь при этом также отсутствует; характерны отказы от пищи, и обеспечение питания пациента требует значительных усилий от медперсонала. Мышечный тонус чаще повышен, реже снижен, иногда не изменяется. Часто (но не обязательно) при кататоническом ступоре наблюдаются следующие феномены:

- негативизм – пассивное сопротивление любому воздействию (кормлению, переворачиванию в постели и т. п.) или выполнение действий, противоположных тем, которые от пациента требуются (убирание руки при попытке персонала поздороваться, а когда врач или другой медработник убирает руку – пациент протягивает ему свою);

- каталепсия – восковидная гибкость мышц, способность сохранить неопределенно долгое время придаваемую позу; тонус мышц при этом повышен;

- симптом воздушной подушки – пациент застывает с поднятой над подушкой головой.

К двигательным расстройствам, по сути дела, относятся судорожные и бессудорожные припадки, однако эпилепсия, при которой они наиболее характерны, сейчас излагается в курсе нервных болезней. В сжатом виде они будут описаны в главе 13.

Деперсонализация

Это расстройство относится к нарушениям самосознания – полноценного ощущения своей личности, своего психического состояния. В норме самоидентификация, ощущение постоянства своего «Я» формируется в подростковом возрасте и заканчивается не позднее 14 лет. У ряда лиц, неуверенных, погруженных в себя, рефлексирующих, остается на всю жизнь тенденция копаться в себе, оценивать со стороны свои мысли и поступки, сомневаться и колебаться.

Деперсонализация выражается в ощущении изменения, отчуждения своего «Я». Это переживается пациентом крайне неприятно. Типичны заявления: «я стал другим... я исчез... я себя слышу со стороны... исчезло ощущение жизни». В других случаях ощущение измененности касается в большей степени собственного тела – «стало не тем... голова стала какой-то другой формы... я смешной, неуклюжий».

Деперсонализация наблюдается при ряде душевных расстройств, нередко такого рода переживаниями впервые заявляет о себе начинающийся шизофренический процесс. Нередко деперсонализация сочетается с депрессией. Испытывая тоску, пациенты заявляют, что стали «мертвыми, бесчувственными, ничего не переживающими, будто и не существу-

ющими». Такие депрессии относятся к наиболее тяжелым, трудно поддающимся терапии. Иногда деперсонализация сопровождается тяжелое переутомление.

Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией, когда ощущение неопределенного изменения собственной личности сочетается с чувством неопределенного изменения всего окружающего. Эти симптомы объединяются в деперсонализационно-дереализационный синдром.

Расстройства сознания

Еще в XIX в. знаменитый русский психиатр С. С. Корсаков писал о сознании как о сочетании знания об окружающих предметах и самом себе, соотнесении знания с накопленным опытом и способностью строить гипотезы на будущее.

А в начале XX в. немецкий философ и естествоиспытатель К. Ясперс сформулировал три признака (критерия) нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка, амнезия происшедшего (полная или частичная). Под дезориентировкой при этом понимается отсутствие представления о своем месте нахождения, времени нахождения и о самом себе.

Различают синдромы выключения и синдромы помрачения сознания. Все они включают критерии, предложенные К. Ясперсом. Однако синдромы *выключения сознания* имеют в основе негативную симптоматику – утрату способности воспринимать и анализировать окружающее. В то же время синдромы помрачения сознания включают и дополнительные расстройства: в сфере восприятия, мышления, эмоций, например: галлюцинации, бессвязность мышления, страх и др.

Синдромы выключения сознания. К ним относят оглушенность, сопор и кому. Последние два изучаются и при прохождении других медицинских дисциплин.

Кома характеризуется отсутствием реакций пациента как на непосредственные (например, укол), так и на дистантные раздражители (например, голос). При этом отсутствуют зрачковые, роговичные и все другие рефлексы.

Сопор характеризуется почти полным отсутствием реакций на дистантные раздражители; однако примитивные реакции на непосредственные раздражители сохраняются (при уколе пациент шевелится, ненадолго открывает глаза, иногда поворачивает голову в сторону очень громкого звука). Зрачковые, роговичные, конъюнктивальные рефлексы сохраняются. Сухожильные рефлексы могут даже повышаться, и могут появляться патологические рефлексы.

Состояние оглушенности в психиатрической практике встречается чаще, чем сопор и кома.

Оглушенность (или оглушение) характеризуется затруднением и нечеткостью осмысления окружающего. Пациенты лежат неподвижно, на вопросы отвечают замедленно и односложно. Они иногда дают правильные ответы на вопросы о месте и времени пребывания, но через минуту на те же вопросы могут отвечать «не знаю». Ориентировка в собственной личности большей частью сохранена, иногда отмечается эйфория. Память грубо нарушена, пациенты не могут запомнить, что только что говорили, переспрашивают медперсонал. Иногда при легкой оглушенности они предъявляют жалобы на пустоту в голове, отсутствие мыслей.

Оглушенность характерна для некоторых интоксикационных поражений мозга, черепно-мозговых травм, опухолей мозга, состояний после эпилептического припадка.

Синдромы помрачения сознания. К ним относятся делирий, аменция, онейроид и сумеречное состояние сознания. Между всеми этими синдромами имеются глубокие различия как по происхождению, так и по проявлениям.

Делирий характеризуется расстройством ориентировки пациента в месте и во времени с сохранением ориентировки в собственной личности; наплывом иллюзий и истинных галлюцинаций, переживанием страха, психомоторным возбуждением. Период помраченного сознания частично амнезируется.

Делириозные состояния развиваются в общем по сходной схеме. Сначала возникает крайняя чувствительность к слуховым, тактильным и прочим внешним раздражениям, а также расстройство сна. При закрывании глаз возникают устрашающие видения и соответственно переживания страха. Далее иллюзии и галлюцинации начинают возникать по вечерам. На местах неровностей стен, в рисунке обоев пациенту видятся страшные, усмехающиеся лица; из стены к нему вытягиваются змеи; в уличных шумах, радиопередачах слышатся окрики, отдельно адресованные ему фразы.

В дальнейшем появляются истинные зрительные галлюцинации. Сначала галлюцинаторные образы малы по размерам (насекомые, маленькие зверьки, лилипуты и т. п.), затем они становятся все больше – «черти», «убийцы с ножами», страшные чудовища. Угрозы в свой адрес пациент слышит явственно. Увеличивается страх, галлюцинации заслоняют реальность, и пациент перестает ориентироваться в окружающем, хотя иногда сознание на время и проясняется.

Пациенты, как правило, возбуждены, они в панике бегут от устрашающих видений, могут бросаться в окно; порой нападают на мнимый объект угрозы, уничтожают мебель, бьют стекла, режут ножом простыни, занавеси.

Иногда в период делирия пациенты совершают движения, свойственные своей профессиональной деятельности (плотник «забивает гвозди», медработник «обходит палату» и т. п.).

Чаще всего делирий заканчивается длительным сном, значительная часть происшедшего забывается.

Делирий наиболее характерен для острых и хронических интоксикаций, затрагивающих мозг; он возникает при инфекционных поражениях центральной нервной системы, при ряде тяжелых соматических заболеваний с аутоинтоксикацией. Кроме того, он нередко развивается после черепно-мозговых травм и других органических поражений мозга.

Аменция – характеризуется полной дезориентированностью пациента как в месте и во времени, так и в собственной личности; бессвязной речью, беспорядочным, хаотическим двигательным возбуждением, обычно в пределах постели;

полной амнезией периода помрачения сознания. Аменция нередко возникает как продолжение делирия, что говорит об утяжелении состояния пациента и грядущем удлинении периода расстроенного сознания. Действительно, аменция продолжается недели и месяцы.

Облик пациента с аментивным помрачением сознания весьма характерен и незабываем. Непрерывные движения в постели, поворачивание и крутящие движения рук (сходные с наблюдаемыми при хорее), перебирание белья, простыней. Периодически пациент поднимается в постели и выкрикивает отдельные слова или слоги или произносит бессмысленный набор не связанных между собой слов. Реакции на обращения к нему персонала крайне примитивны («что... где... я... ох...» и т. п.) Эмоции крайне изменчивы – то страх, то злобность, то эйфория. Иногда вдруг проскальзывают отрывочные идеи преследования («хотят убить»), иногда, судя по поведению пациента, можно заподозрить у него

галлюцинаторные переживания, при этом более специфичны для аменции слуховые галлюцинации.

Возникновение аменции наблюдается при тяжелых, изнуряющих соматических или инфекционных заболеваниях, особенно нейроинфекциях и других тяжелых заболеваниях мозга.

Онейроид (сновидное помрачение сознания) – характеризуется наплывом фантастически-калейдоскопических галлюцинаторных переживаний, деперсонализацией, двойной ориентировкой. Происходящие в это время вокруг пациента события забываются. Однако содержание галлюцинаторных переживаний помнится. Онейроид лишь внешне по описанию сходен с делирием.

Если при делирии галлюцинации истинные, то при онейроиде – ложные, псевдогаллюцинации. Пациент совершает «межзвездные блуждания», испытывает «космические видения», чаще в «особом поле» или с трудом отличая галлюцинации от собственного воображения. Он может в первый момент правильно ответить на вопрос, где он находится, а при повторении того же вопроса указать на место своих «космических блужданий». Нередко окружающее представляется пациенту «ненастоящим», «инсценированным», люди не теми, кем они ему называются.

Страха, бегства от галлюцинаторных образов при онейроиде не бывает, характерна эйфория (восторженность) или депрессия. Погружаясь в мир фантастических видений, пациент и сам чувствует себя изменившимся – «межзвездным скитальцем с особой миссией», ангелом, призванным спасти людей, или Богом.

Двигательная активность пациентов при онейроидном помрачении сознания большей частью понижена (они неподвижны в постели, в то время как при делирии наблюдается психомоторное возбуждение). Лишь иногда и при онейроиде наблюдается повышение двигательной активности больных, однако в данном случае в форме однообразных стереотипных движений.

Онейроид обычно наблюдается при шизофрении.

Сумеречные состояния сознания (сужение поля сознания) – для них характерны: полная дезориентировка пациента (в месте, во времени, в собственной личности) и сохранение автоматизированных движений.

Часто это бесцельные перемещения: пациент бродит, как в сумерках, теряя ориентировку, – с этим связано и название синдрома. Сумеречные состояния, в отличие от других состояний помрачения сознания, развиваются остро. Внезапно, сразу. Амнезия периода сумеречного состояния сознания – полная.

В сумеречном состоянии сознания пациенты могут совершать не только бесцельные блуждания, иногда, судя по внешним проявлениям поведения, они испытывают устрашающие галлюцинации, переживают мнимое преследование, эмоционально напряжены. Медленное, прямолинейное хождение может смениться внезапным нападением на случайно встреченных людей или другим актом агрессии, после чего следует глубокий сон.

В некоторых случаях сохраняются весьма сложные автоматизированные акты поведения. Пациент может ездить в транспорте, покупать билет, уступать место и т. п. Известно классическое описание купца, плывшего на пароходе из Лондона в Бомбей и только там очнувшегося и не понимавшего, как он там оказался.

К сумеречным состояниям сознания принадлежит и сомнамбулизм (лунатизм). В редких случаях сумеречные состояния развиваются после приема небольших доз алкоголя и заканчиваются, как правило, тяжелыми агрессивными поступками. Это расстройство носит название «патологическое опьянение» и будет подробнее рассматриваться в главе 15.

Наиболее часто сумеречные состояния сознания наблюдаются при эпилепсии или при органических поражениях головного мозга, сопровождающихся эпилептиформными проявлениями.

В таблице 7.1 приведены наиболее распространенные психопатологические синдромы.

Таблица 7.1

Сводная таблица распространенных психопатологических синдромов

№ п/п	Название синдрома	Объединяющие симптомы	Заболевания, при которых синдром наиболее часто встречается
1	Маниакальный	Повышение настроения (эйфория), речевое и двигательное возбуждение, переоценка собственной личности или бред величия	Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства
2	Депрессивный	Снижение настроения, в том числе с апатией или тревогой; речевая и двигательная заторможенность, идеи самоуничтожения	Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства. Невротические расстройства
3	Галлюцинационно-параноидный	Истинные галлюцинации или псевдогаллюцинации, бред преследования или величия	Шизофрения, психозы при алкогольной зависимости
4	Кататонический	Ступор, отсутствие речевой активности, негативизм, каталепсия, периодическое возбуждение	Шизофрения
5	Гебефренический	Эйфория, возбуждение, дурашливость (гримасы, вычурные позы и др.)	Шизофрения
6	Апатоабулический	Эмоциональное безразличие (апатия); отсутствие побуждений к деятельности (абулия)	Шизофрения. Опухоли мозга

№ п/п	Название синдрома	Объединяющие симптомы	Заболевания, при которых синдром наиболее часто встречается
7	Деперсона- лизационно- дереализа- ционный	Чувство изменения «Я» (деперсонализация) и окружающего (дереализация)	Аффективные расстройства. Шизофрения
8	Корсаков- ский	Фиксационная амнезия, расстройство ориентировки во времени, конфабуляции	Алкогольная зависи- мость, расстройства вследствие черепно- мозговых травм и других органических поражений мозга
9	Оглушен- ность (оглушение)	Затрудненное и замед- ленное осмысление окружающего. Речевая и двигательная затор- моженность, нарушение запоминания	Черепно-мозговая травма, интоксикации, опухоли мозга
10	Делириоз- ный (делирий)	Дезориентировка в месте и во времени, страх, сценopodobные зрительные галлюци- нации, психомоторное возбуждение	Инфекционные, инток- сикационные, ауто- интоксикационные воздействия на мозг, черепно-мозговая травма
11	Аментивный (амения)	Дезориентировка в мес- те, во времени, в собст- венной личности, бес- связность речи, хаоти- ческое возбуждение в пределах постели	Длительные изнуря- ющие соматические и инфекционные заболевания, нейроинфекции
12	Онейроид- ный (онейроид)	Фантастически-калей- доскопические псевдогаллюцинации, деперсонализация, двойная ориентировка	Шизофрения
13	Сумеречные состояния сознания	Пароксизмально на- ступающая дезориен- тировка в месте, времени, собственной личности. Сохранение автоматизированных движений	Эпилепсия

Вопросы к главе 7.

1. Чем сопровождаются сенестопатии?
2. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций?
3. Как подразделяются галлюцинации?
4. Чем отличаются сверхценные и бредовые идеи?
5. Какие виды бредовых идей вам известны?
6. Какие виды понижения и отсутствия памяти описываются?
7. Что такое интеллект и как называется его резкое снижение?
8. Охарактеризуйте составляющие маниакального и депрессивного синдрома.
9. Чем отличаются депрессии и дисфории?
10. Каковы составляющие кататонического синдрома?
11. Чем отличаются помрачение и выключение сознания, какое из последних наблюдается в психиатрии?
12. Чем отличаются делирий и онейроид?

Глава 8

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Как уже было сказано, психиатрия – медицинская дисциплина, занимающаяся исследованием и лечением заболеваний души, и основными методами в работе с душевнобольными являются *наблюдение* и *опрос*. Эти же методы лежат в основе первого этапа сестринского процесса – сбора информации.

Наблюдение за пациентами позволяет выявить обманы восприятия (например, больной вслух или шепотом разговаривает с голосами, закрывает уши, вглядывается в темные места палаты, вдруг от чего-то шарахается). Наблюдение выявляет двигательную заторможенность или возбуждение пациентов, в том числе носящее бредовой характер (настороженность к окружающим, внезапная агрессия и т. п.). При наблюдении за пациентом можно сделать вывод о его эмоциональном состоянии (по мимике, общему выражению лица, интонации голоса, богатству или бедности жестов; так, например, скорбное выражение лица, опущенные углы рта, безвольная походка, монотонный голос свидетельствуют о депрессии).

Естественно, легко выявляются такие яркие и выразительные проявления, как кататонический ступор, гебефреническое и кататоническое возбуждение.

Наблюдение за состоянием каждого пациента с записью в дневнике – неотъемлемая обязанность медсестры психиатрического стационара или полустационарных учреждений.

Описание состояния пациента за время дежурства включает следующие компоненты:

- высказывания пациента – болезненные и прочие;
- внешний рисунок поведения с предположением об эмоциональном состоянии;
- характер двигательной активности (возбуждение, заторможенность, не изменена);
- контактность (с медперсоналом, другими пациентами);
- отношение к приему лекарств;
- отношение к приему пищи;
- характер дневного и ночного сна;
- особые отметки (жалобы на что-то, производимые процедуры или незапланированные медикаментозные вмешательства, посещение близких и т. д.).

Опрос пациента позволяет с большей или меньшей полнотой выявить его переживания, в том числе галлюцинации, бредовые, сверхценные, навязчивые идеи, депрессивные переживания. Беседа с пациентом выявляет особенности его мышления, например: обстоятельность, наличие паралогических высказываний, отвлекаемость; все это зачастую легко заметить даже без применения психологических тестов. При беседе обычно удается отметить нарушения памяти; например, пациент переспрашивает, затрудняется при вспоминании текущих или давних событий, сообщает заведомо недостоверные сведения. Конечно, с самого начала беседы с пациентом становится ясно, ориентируется ли он в месте пребывания, во времени, в собственной личности. Нередко при беседе удается собрать субъективный анамнез – получить сведения о начале заболевания, характере его развития, а также с большей или меньшей полнотой собрать анамнез жизни (наследственность, условия развития, образование, семейная жизнь, работа, перенесенные заболевания, травмы и т. д.).

Вместе с тем следует твердо помнить, что в силу душевных расстройств пациент может дать о себе неполные или недостоверные сведения. Он может быть замкнут, аутичен и поэтому противится проникновению в свой внутренний мир. Он может, в силу бредовой настроенности, недоверчиво относиться к медперсоналу или сообщать о себе недостоверные порочащие сведения из-за идей самообвинения. Поэтому при работе с душевнобольными в очень редких случаях удастся обойтись без данных, получаемых от его родных или близких, то есть без *объективного анамнеза*.

Следует помнить и то, что родственники душевнобольных сами могут обладать теми или иными особенностями характера, а поэтому к сбору информации обычно привлекаются несколько лиц, беседу с каждым из них ведут в отсутствие пациента.

Тщательный *осмотр* душевнобольных, как и других пациентов, обязателен. Помимо соматической патологии, иногда при осмотре удается отметить следы суицидных попыток (например, старую странгуляционную борозду на шее), порезы, чаще на предплечьях, или свидетельства внутривенного введения наркотических средств. При осмотре отмечают особенности телосложения и характер питания (избыточное или недостаточное) или явные указания на резкое похудание, особенно в сравнении с ростом.

Как указывалось в главе 1, психиатрия имеет дело с расстройствами души и наиболее близка к медицинской психологии. Действительно, при исследовании душевнобольных широко применяются *психологические методы исследования*. Иногда они довольно просты – например, исследование памяти по тесту запоминания десяти не связанных по смыслу слов (имеются специальные наборы слов) или исследование мышления и внимания по тесту «последовательное вычитание» (например, 100 – 7, еще 7 и т. д.). Иногда эти тесты довольно сложны и объемны (громоздки) – это относится, например, к исследованию интеллекта по методу Векслера (с десятью субтестами), продолжающемуся более часа. Применяется и ряд других сложных тестов, например, ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник) для выявления направленности личности: склонности к депрессии, тревоге, истерическим проявлениям, образованию сверхценных идей. В психиатрии, помимо тестов, используются специальные шкалы для субъективной оценки психических расстройств – шкалы самооценки или шкалы для оценки медработником выраженности различных психотических, невротических и личностных расстройств; такова широко распространенная шкала оценки депрессии.

Психологическое исследование обычно производится специалистом-психологом, нередко – лечащим врачом. В то же время ряд простых психологических тестов доступен и для использования в сестринском процессе – методы исследования памяти и внимания, простые шкалы для оценки состояния пациентов.

Важно знать, что психологические исследования являются лишь косвенными методами при диагностике психических расстройств или для определения приоритетных проблем пациента. Они, тем не менее, существенны для определения характера динамики болезни.

Неврологическое исследование по традиционной схеме непременно проводится каждому пациенту. Иногда его результаты дополняют данные наблюдения и опроса пациента (например, установление зрачковых изменений при глубоком атеросклерозе сосудов головного мозга с психическим расстройством или установление анестезии у пациента с истерическим расстройством). Однако иногда результаты неврологического исследования оказываются решающими: например, тогда, когда оно помогает заподозрить опухоль мозга, сопровождающуюся психическими нарушениями.

То же самое относится к применяемым инструментальным и лабораторным исследованиям; иногда они имеют вспомогательное функциональное значение, но иногда и первостепенное.

В психиатрической практике нередко прибегают к *электроэнцефалографии* (ЭЭГ) – регистрации биотоков мозга, которую производят в 15–22 отведениях, согласно проекции отдельных мозговых областей (рис. 8).

ЭЭГ позволяет выявить функциональную дезорганизацию деятельности ЦНС при ряде неврологических и психических расстройств (не определяя при этом диагностику). В других случаях ЭЭГ подтверждает данные психопатологического и неврологического исследований, когда, например, выявляются диффузные изменения у больных с органическими

поражениями ЦНС или изменения, преимущественно отмечающиеся в каком-либо отведении (височном, затылочном и др.).

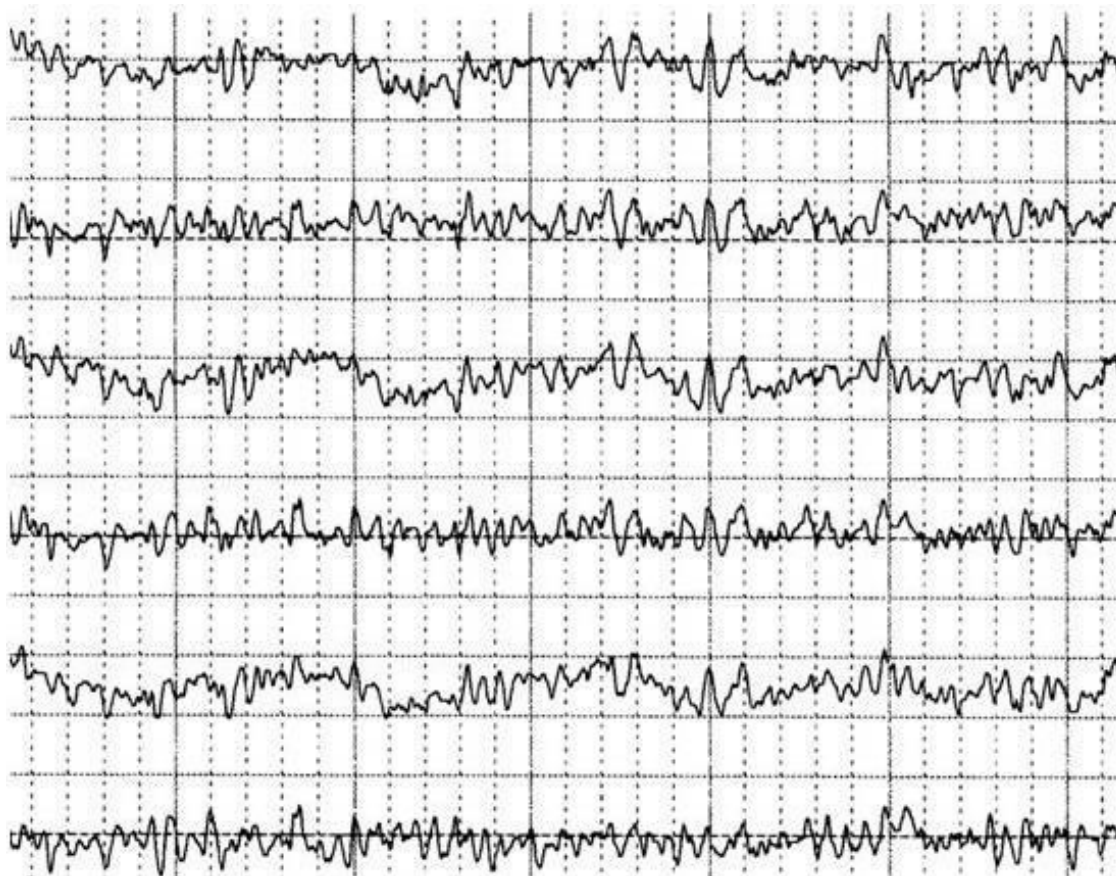


Рис. 8. ЭЭГ в норме. Проекция лобных и теменных долей

Однако ЭЭГ имеет первостепенное значение при ранней диагностике эпилепсии. При появлении у детей сумеречных состояний типа сомнамбулизма или кратковременных выключений сознания (абсансов¹⁰) на ЭЭГ отмечается судорожная активность: острые волны, пики, комплексы пик – волна и др. (рис. 9). Применение после ЭЭГ срочных медикаментозных вмешательств позволяет в ряде случаев предупредить возникновение больших судорожных припадков и полностью излечить начинающуюся эпилепсию.

Иногда именно ЭЭГ позволяет диагностировать опухоли мозга, если они проявляются психическими нарушениями. В этих случаях на ЭЭГ обнаруживаются молчащие участки с резким снижением биоэлектрической активности или участки с резко измененной активностью. Опухоли мозга иногда диагностируются при краниографии (рентгенограмме костей черепа), особенно это касается опухолей гипофиза. Иногда новообразования выявляются при ангиографии – введении через сонную артерию контрастных или радиоактивных веществ с последующей рентгенографией. В остальном краниография и ангиография имеют вспомогательное значение (фиксируют, например, следы перенесенных черепно-мозговых травм или изменения сосудов мозга).

¹⁰ Эти расстройства подробнее изучаются в курсе неврологии. При простых абсансах пациент неожиданно замолкает или прекращает какую-то деятельность. При этом происшедшее амнезируется и расспросы окружающих вызывают удивление.

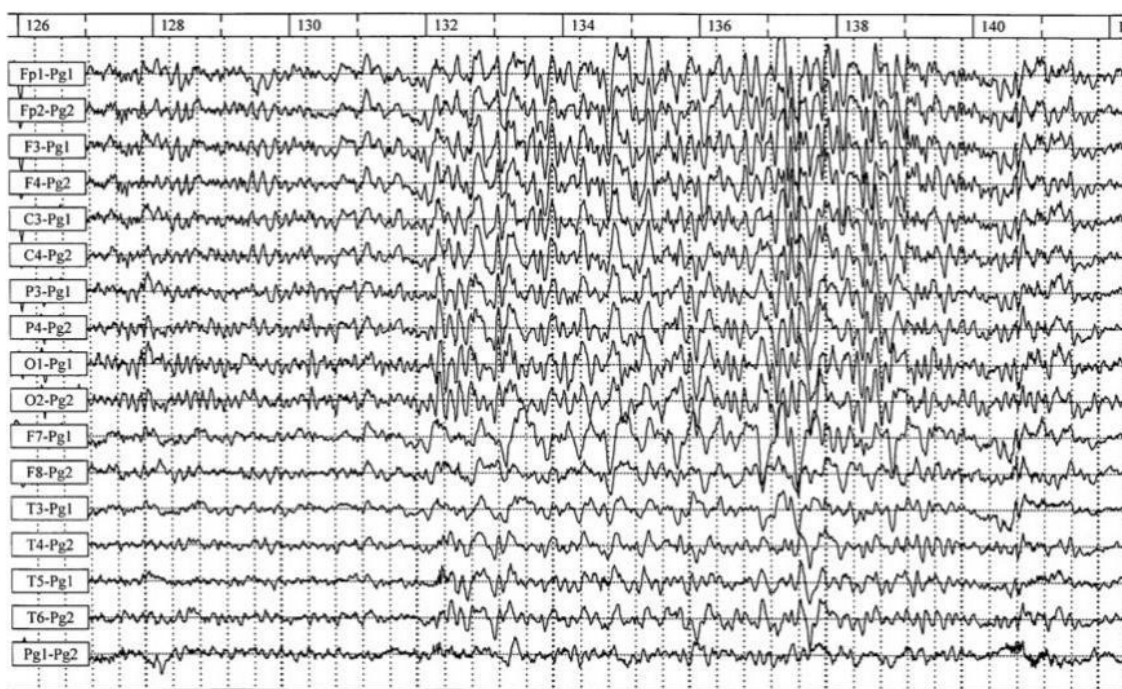


Рис. 9. ЭЭГ с пароксизмальной активностью при эпилепсии

Естественно, в психиатрии нашли применение также такие методы исследования, как *компьютерная томография* (автоматизированное послойное рентгенологическое исследование тканей мозга) и *ядерно-магнитно-резонансная томография*. При применении обоих методов исследования, помимо мозговых опухолей, выявляются кистозные изменения, абсцессы, аневризмы. Применение томографии является решающим для диагностики такого широко распространенного и нарастающего во всем мире по частоте заболевания, как деменция при болезни Альцгеймера, для которой специфична глобальная атрофия мозгового вещества.

Как и всем пациентам, душевнобольным при поступлении проводятся общие анализы крови и мочи, реакция Вассермана, анализ крови на вирус иммунодефицита.

Общие анализы крови и мочи пациентам неоднократно повторяют, поскольку применяемые психотропные средства, особенно длительно применяемые нейролептики, могут изменять картину крови, прежде всего содержание лейкоцитов (см. ниже, в главе 9). Ряд психотропных средств обладает в той или иной степени выраженной нефро- и гепатотоксичностью, поэтому, помимо исследования мочи, проводятся и неоднократно биохимические анализы крови на содержание билирубина, активность трансаминазы, альдолазы и других печеночных ферментов. Особенно важно исследование функции печени у пациентов с алкогольной зависимостью; как известно, алкоголь – сильнейший гепатотоксический яд.

В последнее время для контроля эффективности терапии все больше входит в практику исследование содержания лекарственных веществ в плазме крови. В психиатрии традиционно исследуется содержание в крови солей лития, применяемых для профилактики и терапии аффективных расстройств, поскольку соли лития при поступлении в организм кумулируют.

Весьма часто исследуется и спинномозговая жидкость (ликвор) душевнобольных.

Напомним, что длинная игла с мандреном вводится между III и IV или IV и V поясничными позвонками. Пациент при этом лежит на боку, реже сидит, на процедуру приходит натощак. После проведенной пункции

пациент 2 часа не ест, 2 часа лежит неподвижно на животе, 2 дня соблюдает постельный режим.

Спинномозговая пункция проводится только с письменного согласия пациента (или его родителей, близких, опекунов). Показанием для применения пункции является подозрение на опухолевый или воспалительный процесс в мозге, на субарахноидальное кровоизлияние.

Первостепенное значение имеют результаты исследований ликвора при диагностике сифилиса мозга (III стадии) или прогрессивного паралича (это сифилис в IV стадии).

При диагностике сифилитического поражения мозга немедленно начинают пенициллинотерапию, которая, как правило, приносит успех.

Для диагностики сифилиса мозга применяют, помимо реакции Вассермана, и ряд других исследований, например реакцию Ланге с коллоидным золотом. Ликвор исследуют в различных разведениях. Реакция Ланге предназначена для дифференциальной диагностики сифилиса мозга, прогрессивного паралича и менингитов несифилитического происхождения.

Вопросы к главе 8.

1. Что обязательно отражается в дневнике наблюдения медсестры?
2. Что в основном выявляет ЭЭГ?
3. Какие два вида томографических исследований вы знаете?
4. Каков режим больного до и после проведения спинномозговой пункции?

Глава 9

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ

В настоящее время психотропные средства являются основным методом фармакологического лечения душевных болезней.

Инсулиншоковая терапия применяется редко, электросудорожная терапия – ограниченно: она назначается пациентам, психопатологическая симптоматика которых оказалась резистентной к психотропным средствам, в основном при депрессивных и депрессивно-бредовых состояниях.

(Более подробно об инсулиншоковой и электросудорожной терапии см. в главах 11 и 12.)

В историческом обзоре указывалось, что развитие психофармакологии коренным образом изменило облик психоневрологических стационаров и контингент пациентов. Только в запущенных случаях или у больных, проживающих далеко от мест оказания психиатрической помощи, можно наблюдать грубые расстройства мышления, нелепые бредовые настроения, неопрятность, выраженные апатобулические проявления. Очень большое количество пациентов сегодня ведут упорядоченный образ жизни: полностью обслуживают себя, работают, проживают в семьях; при появлении первых признаков рецидива болезни сами обращаются в психиатрические учреждения.

Для лечения пациентов с психическими расстройствами применяется пять групп препаратов: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропные и нормотимические средства.

Нейролептики

Первоначально они обозначались как средства, вызывающие регулируемое торможение нейровегетативной системы. Один из первых применяемых в психиатрии препаратов – аминазин действительно прежде всего устранял психомоторное возбуждение больных и острые эмоциональные расстройства. Однако в дальнейшем были введены в практику средства, обладающие способностью устранять бредовые идеи, галлюцинации, но мало влияющие на психомоторное возбуждение (например, трифтазин или мажептил). Затем появились соединения, сочетающие антипсихотические и антидепрессивные или антипсихотические и стимулирующие свойства (сонапакс, эглонил, рисполепт и др.). Таким образом, определение нейролептиков в настоящее время дать затруднительно и проще всего обозначить их как средства устранения психических и поведенческих расстройств при шизофрении и других психозах. Нейролептики, однако, как правило, не устраняют выраженных депрессивных проявлений, а нередко и усугубляют тяжелые депрессии.

Фармакологические свойства. Нейролептики блокируют действие ряда химических медиаторов на рецепторы. Прежде всего – они дофаминоблокаторы и воздействуют на экстрапирамидную систему, базальные ганглии – хвостатое ядро, бледный шар и др. Эти же образования, как известно, являются местами приложения действия мозгового дофамина. Вещества с преимущественным дофаминоблокирующим действием оказывают антипсихотический эффект и слабо влияют на психомоторное возбуждение. С другой стороны, некоторые нейролептики первого поколения (аминазин, тизерцин и др.) блокируют также адрено- и холинорецепторы в ЦНС, и именно они оказывают в первую очередь седативный, а во вто-

рую – антипсихотический эффект. Нейролептики, сочетающие антипсихотические и стимулирующие свойства (эглонил, рисполепт), воздействуют на дофаминовые и серотониновые рецепторы.

Показания к применению. Как уже указывалось, в первую очередь нейролептики применяются при наиболее распространенном душевном заболевании – шизофрении; далее – при аффективных расстройствах, при эпилепсии, в наркологии – при алкогольных психозах. Достаточно часто их применяют при расстройствах зрелой личности и поведения у взрослых (старый термин – психопатии). В уменьшенных дозах нейролептики применяются в детской психиатрии. О применении нейролептиков мы будем говорить и при описании лечения отдельных душевных болезней.

Нейролептики широко используются как в стационарах, так и в амбулаторных учреждениях. В амбулаторных – осуществляется поддерживающая терапия нейролептиками: пациенты принимают их длительное время, сохраняя при этом способность полноценно жить в обществе, вне больниц. Однако следует помнить, что чувствительность к нейролептикам у пациентов в процессе поддерживающей терапии может меняться: уменьшаться с возникновением легких признаков рецидива болезни или увеличиваться, когда возникают побочные эффекты. Успех поддерживающей терапии зависит от регулярности посещения пациента медработником.

С начала 1950-х гг. в мире идет целенаправленный поиск новых нейролептиков – более эффективных, действующих на все большее число психопатологических проявлений и, с другой стороны, обладающих менее выраженными побочными эффектами. Число нейролептиков, применяемых в психиатрической практике сегодня, очень велико, и в таблице (см. Приложение) мы приводим наиболее распространенные в настоящее время, в том числе нейролептики последнего поколения.

Побочные эффекты. Эти соединения являются сильнодействующими, в большинстве своем относятся к списку «Б». Наиболее частым их побочным эффектом является нейролептический синдром, также обусловленный воздействием на экстрапирамидную систему и их дофаминоблокирующими свойствами.

Для соединений, обладающих седативным действием и оказывающих смешанный холино-, адрено- и дофаминоблокирующий эффекты, проявления нейролептического синдрома относительно нетяжелы (для аминазина, тизерцина). У пациентов отмечаются типичные для паркинсонизма тремор рук типа «скатывания пилюль», повышенный мышечный тонус с феноменом «зубчатого колеса». Заметно отсутствие содружественных движений при ходьбе, редкое мигание. Для предупреждения и смягчения этих явлений достаточно добавления к таким нейролептикам циклодола.

При применении ряда мощных препаратов с преимущественным антипсихотическим действием (трифтазин, мажептил, галоперидол) нейролептический синдром может проявляться очень тяжело. Помимо тремора и повышения мышечного тонуса, возникают спазмы мышц (дискинезии). Наиболее часто наблюдаются спазмы жевательной мускулатуры, однако могут затрагиваться и мышцы шеи, а также межреберные мышцы, что создает затруднение дыхания. Помимо этого, возникают непроизвольные движения – повороты головы, высовывание языка, атетонидные движения рук. Характерна также акатизия – неудержимое желание переменить место, двигаться.

При остром возникновении таких расстройств одного добавления циклодола недостаточно. Пациентам срочно вводят реланиум 1 мл 0,5 % раствора, кофеин 1–2 мл 20 % раствора п/к. Рекомендуются также в/м аминазин 2,5 % – 1 мл и сернокислая магнезия 25 % – 10 мл.

Другие побочные эффекты: аминазин, тизерцин, в меньшей степени галоперидол существенно снижают АД. Нередко возникает ортостатическая гипотензия: резкое падение АД при переходе из горизонтального в вертикальное положение с развитием коллапса.

После парентерального введения нейролептиков пациент должен оставаться в горизонтальном положении 30–60 мин и в дальнейшем менять положение тела постепенно (осторожно).

При применении нейролептиков, особенно обладающих седативным действием, возможно возникновение аллергических дерматозов или отеков. Характерна фотосенсибилизация – повышенная чувствительность к солнечной радиации, поэтому пациентам необходимо ее избегать.

При длительном применении больших доз ряд нейролептиков могут оказывать гепатотоксическое действие (см. Приложение), пациенты нуждаются в периодическом исследовании крови на билирубин, трансаминазу и другие печеночные ферменты.

Также при длительном применении нейролептики могут угнетать кроветворение, особенно страдает белая кровь. Контрольные исследования крови необходимо производить не реже 2 раз в месяц.

Иногда нейролептики вызывают диспептические явления. Для них характерно также местнораздражающее действие при парентеральном введении (возникновение болезненных инфильтратов, реже поражение эндотелия вен). При внутримышечном применении аминазин и другие нейролептики вводятся вместе с новокаином.

В течение многих лет производились поиски нейролептиков, не вызывающих экстрапирамидных расстройств. Такое соединение – азалептин (лепонекс) сейчас широко применяется в психиатрии. Однако он также вызывает лейкопению, понижение АД и, кроме того, атропиноподобные проявления: сухость слизистых, атаксию, дизартрию, тахикардию и др.

В последние годы синтезированы и внедрены в клиническую практику так называемые *атипичные* нейролептики, отличающиеся высокой терапевтической активностью и оказывающие влияние не только на так называемую продуктивную симптоматику (галлюцинации, бред, расстройства мышления и др.), но и на негативную симптоматику (апатия, отгороженность от окружающего). Эти препараты (*зипрекса, сероквель, рисполепт*) в гораздо меньшей степени, чем типичные нейролептики (аминазин, трифтазин и др.) только в максимальных дозах вызывают побочные эффекты в виде паркинсоноподобных расстройств, акатизии, соматических расстройств и пр. Профилактика и лечение подобных эффектов аналогичны таковым при применении любых нейролептиков.

Все нейролептики несовместимы с алкоголем, при их взаимодействии возникают тяжелые токсические реакции, вплоть до коматозных состояний. Об этом пациенты обязательно предупреждаются.

Противопоказания к применению вытекают из вызываемых ими побочных эффектов. Нейролептики в большинстве своем не применяются при тяжелых поражениях печени и почек, при артериальной гипотонии, нарушениях кроветворения, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Нейролептики, вызывающие тяжелые экстрапирамидные расстройства, не применяются у пациентов с тяжелыми органическими поражениями ЦНС.

Транквилизаторы

Если нейролептики предназначены для лечения психических и поведенческих расстройств (бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения и др.) и поэтому называются антипсихотическими средствами, то транквилизаторы прежде всего средства терапии невротических состояний. Они устраняют такие симптомы, как раздражительность, нарушения сна, тревогу, различного рода страхи и опасения (фобии), навязчивые состояния (обсессии).

В то же время транквилизаторы обладают и другими свойствами: противосудорожными (реланиум, феназепам); снотворными (радедорм). Они предназначены для экстренного применения в случаях массовых катастроф и стихийных бедствий. Транквилизаторы синтезируются еще более интенсивно, чем нейролептики, что объясняется их широким потреблением людьми, даже не соприкасающимися со специалистами-психиатрами, а находящимися в состоянии утомления, тревоги, в условиях стресса, что является частым атрибутом современной жизни. Мы рассматриваем здесь и приводим в таблице (см. Приложение) наиболее распространенные в клинической практике препараты.

Транквилизаторы делятся на ночные и дневные. Последние при приеме в дневное время не вызывают сна, таковы мезапам, кассадан и грандаксин. Типичными ночными транквилизаторами являются реланиум (син. сибазон, седуксен), феназепам и уже упомянутый радедорм. Они вызывают сонливость днем и способствуют засыпанию ночью. Ряд транквилизаторов занимает промежуточное положение между дневными и ночными.

Внедрение в конце 1950-х гг. транквилизаторов в клиническую практику означало огромный сдвиг в лечении невротических состояний. Применяемые ранее препараты: бромиды, экстракты и настои некоторых лекарственных растений, были малоэффективны, а применяемые для терапии сном барбитураты – слишком токсичны.

Фармакологические свойства. Транквилизаторы снижают возбудимость подкорковых областей, ответственных за осуществление эмоциональных реакций (лимбическая система, гипоталамус, таламус). В отличие от нейролептиков влияние транквилизаторов на нейромедиаторные системы дофамина, норадреналина, ацетилхолина, серотонина – слабо выражено. Зато они отчетливо усиливают действие ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) – универсального тормозного медиатора в ЦНС. Определенное значение в лечебном действии транквилизаторов придают их центральным миорелаксантным свойствам, что обусловливает их положительное влияние на чувство внутреннего напряжения, раздражительность, страх.

Показания к применению. Невротические состояния, эпилепсия, нарушения сна различного происхождения. Ввиду относительной малотоксичности транквилизаторы широко применяются в амбулаторной практике. Они широко используются в неврологии: для уменьшения тонуса мышц при спастических параличах, а также при гипоталамическом синдроме, когда наблюдаются гиперкинезы, приступы страха, вегетососудистые нарушения. В дерматологии транквилизаторы назначают при зудящих дерматозах; в анестезиологии – при подготовке к операциям. В психиатрии транквилизаторы применяют тогда, когда в структуре психических и поведенческих расстройств имеются тревога и другие невротические проявления (фобии, обсессии).

Побочные эффекты. Часть из них, особенно наиболее активные – реланиум, феназепам, могут вызывать сонливость, расслабление мышц, нарушение речи и походки, ухудшение внимания, что, естественно, сказывается на умственной и физической работоспособности.

Транквилизаторы крайне нежелательно назначать лицам, занятым операторской деятельностью, в том числе водителям транспорта.

Однако главным нежелательным (побочным) эффектом при терапии транквилизаторами является психологическое привыкание к ним, когда люди постоянно принимают их на ночь, а днем – при самых малейших волнениях. Вследствие того что некоторые транквилизаторы обладают умеренным эйфоризирующим эффектом, они нередко употребляются для повышения настроения. Особенно к этому склонны подростки с незрелой психикой, без оформившихся здоровых мотиваций.

Неконтролируемый прием транквилизаторов может привести к возникновению зависимости от них.

Отмечены случаи, когда транквилизаторы с целью достижения седативного или эйфорического эффекта применяют в дозах, в 10–20 раз превышающих терапевтические. При сформировавшейся зависимости от транквилизаторов прекращение их приема приводит к возникновению выраженного синдрома отмены. Его проявлениями являются – неукротимая рвота, чувство страха, гиперкинезы.

Зависимые от транквилизаторов подростки нередко прибегают в дальнейшем к употреблению наркотиков – каннабиноидов, опиоидов и др. Таким образом, употребление транквилизаторов – входные ворота к более тяжелым формам зависимости.

Транквилизаторы несовместимы с алкоголем. При их одновременном применении возникают тяжелые формы опьянения; помрачение и выключение сознания.

Противопоказания к применению. Транквилизаторы являются относительно малотоксичными соединениями, и для них отмечено гораздо меньше противопоказаний, чем для нейролептиков. Единственное заболевание, при котором они категорически противопоказаны, – миастения (патологическая утомляемость мышц). Кроме того, их нельзя применять при острых заболеваниях печени и почек.

Так называемые ночные транквилизаторы противопоказаны во время управления транспортом и различными механизмами, а также выполнения работы, требующей живой реакции исполнителя.

Антидепрессанты

Как и транквилизаторы, лекарственные средства этой группы вошли в медицинскую практику начиная с конца 1950-х гг. С помощью несколько ранее созданных нейролептиков удавалось влиять на весьма большое число психопатологических симптомов, однако депрессии оставались к ним резистентными.

Приблизительно в одно и то же время были внедрены в практику антидепрессанты двух фармакологических групп: *ингибиторы моноаминоксидазы* (от англ. inhibition – подавление, блокирование) и *ингибиторы обратного захвата нейромедиаторов* (их химическое название – трициклические антидепрессанты; фармакологические свойства более подробно будут описаны ниже). Препараты первой группы (ингибиторы моноаминоксидазы) оказались весьма токсичными и, главное, несовместимыми с большим числом лекарственных средств, в первую очередь с трициклическими антидепрессантами, и даже некоторыми пищевыми продуктами. Большинство из них к настоящему времени исключено из реестра лекарственных средств; одно соединение – ниламид, хоть и не исключено, но практически не применяется. В самое последнее время созданы малотоксичные представители группы ингибиторов моноаминоксидазы – пиразитол и аурорикс. Последний весьма широко рекламируется, однако его еще рано относить к распространенным антидепрессантам.

Побочными эффектами обладают и трициклические антидепрессанты, но они до сих пор остаются незаменимыми при лечении тяжелых депрессий.

В последнее время стали создаваться антидепрессанты, более или менее избирательно блокирующие обратный захват одного из нейромедиаторов – серотонина – тканями. Это связано с распространением так называемой «серотониновой теории» депрессий. Таковы антидепрессанты прозак, тразодон, циталопрам. Получили распространение и антидепрессанты, избирательно увеличивающие содержание другого нейромедиатора – норадреналина – в синаптической щели; таковы леривон, отчасти людимиол.

Фармакологические свойства. *Трициклические антидепрессанты.* Они блокируют обратный захват тканями тех же нейромедиаторов (норадреналина, серотонина, дофамина) после их выделения в синаптическую щель. Таковы имипрамин, амитриптилин и некоторые другие мощные антидепрессанты. Вследствие упомянутой блокады их обратного захвата

тканями, нейромедиаторы в синаптической щели сохраняются и продолжают воздействовать на постсинаптические образования.

Выше уже говорилось об избирательных блокаторах обратного захвата серотонина и норадреналина, соответственно усиливающих постсинаптический эффект одного или другого из этих нейромедиаторов.

Показания к применению. Из названия ясно, что основной сферой применения этой группы средств являются депрессии различного происхождения. В основном это депрессии при аффективных расстройствах (депрессивные эпизоды), а также депрессии, развивающиеся при шизофрении (в этом случае антидепрессанты применяют обычно в комбинации с нейролептиками). Весьма обширная область применения антидепрессантов – аффективные расстройства органической природы или связанные с соматическими заболеваниями. Антидепрессанты применяют при так называемых посттравматических стрессовых расстройствах, развивающихся в ответ на тяжелый стресс, в том числе после массовых катастроф и стихийных бедствий.

Наконец, нельзя не упомянуть такую обширную область применения антидепрессантов, как наркология. Они применяются как при синдроме отмены («ломке»), так и вообще в схеме лечения зависимости от алкоголя или наркотиков (так же, как и нейролептики).

Побочные эффекты. *Ингибиторы моноаминоксидазы* вызывают нередко выраженные побочные эффекты (головокружение, головная боль, сухость слизистых, диспептические явления, колебания АД). Еще большую проблему составляет несовместимость их с другими лекарственными препаратами и пищевыми продуктами.

Мощные антидепрессанты – *неизбирательные блокаторы обратного захвата нейромедиаторов* (амитриптилин, имипрамин и др.) – вызывают заметные побочные эффекты. Это прежде всего проявления атропиноподобного действия, так называемый атропиновый синдром – расширение зрачков, сухость кожи и слизистых, атаксия походки, дизартрия, атония кишечника и мочевого пузыря. При продолжении применения этих препаратов, невзирая на побочные эффекты, возможно появление зрительных галлюцинаций и помрачения сознания¹¹. Кроме того, препараты этой группы нередко вызывают нарушения сердечного ритма – тахикардию. При применении амитриптилина эти расстройства особенно выражены. Иногда при применении антидепрессантов этой группы возникают аллергические реакции.

Антидепрессанты нового поколения – *избирательные блокаторы обратного захвата серотонина или норадреналина* – побочные эффекты вызывают редко, и они мало выражены (головная боль, головокружение, изменения аппетита, изменение АД). Однако следует помнить, что с ингибиторами моноаминоксидазы эти препараты также несовместимы.

Противопоказания к применению. Как и все сильнодействующие препараты, антидепрессанты противопоказаны при тяжелых заболеваниях печени и почек, тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушениях кроветворения, глубоком атеросклерозе.

Препараты типа амитриптилина (он сам, имипрамин, людиомил и др.) противопоказаны при глаукоме, аденоме предстательной железы, атонии кишечника и мочевого пузыря.

Ноотропные средства

К началу 1970-х гг. были найдены психотропные лекарственные средства, действующие почти на все проявления душевных болезней: галлюцинации, бред, двигательное возбуждение; эмоциональные расстройства, в том числе депрессии. Своего рода «белым пят-

¹¹ Возникает картина делирия, неотличимого от атропинового и сопровождающегося выраженными нарушениями зрения и походки. Антидотами в этом случае, как и при атропиновом делирии, являются антихолинэстеразные средства аминостигмин и галантамин и адrenoблокатор анаприлин.

ном» оставались нарушения памяти, часто наблюдающиеся в детской и гериатрической психиатрической практике, а также астении различного происхождения. Однако в 1976 г. был внедрен в практику пирацетам, первый из ноотропных средств, и психиатры получили мощный рычаг воздействия на интеллектуально-мнестические нарушения.

Термин «ноотропы» был принят для обозначения средств, улучшающих обучение, память и мыслительные функции, а также повышающих устойчивость организма к экстремальным воздействиям.

Основным представителем класса ноотропных средств до сих пор остается пирацетам. Создан ряд средств, сходных с ним по структуре и действию, но широкого распространения они не получили. С другой стороны, к ноотропам относится ряд средств, далеких от пирацетама по структуре, но близких по действию. Таковы, например, аминалон, пикамилон, пиридитол, пантогам. Элементами ноотропного эффекта обладает и ряд лекарственных средств других классов – витаминов, стимуляторов растительного происхождения (корень женьшеня, плод лимонника и др.).

Фармакологические свойства. Пирацетам и другие ноотропные средства существенно не влияют на нейромедиаторные процессы, однако они улучшают энергетический потенциал мозга и окислительно-восстановительные процессы в нем. Они уменьшают потребность мозга в кислороде, то есть после их применения мозг может полноценно функционировать в условиях легкой и умеренной гипоксии. Пирацетам увеличивает содержание в мозгу рибонуклеиновой кислоты («молекулы памяти»). Кроме того, он и другие соединения этой группы улучшают мозговой кровоток, в частности в ишемизированных участках мозга.

Показания к применению. В психиатрии пирацетам и другие ноотропы применяются при расстройствах памяти в детском и позднем возрасте, а также при грубоорганических повреждениях мозга (менингоэнцефалиты, черепно-мозговые травмы, в том числе родовые). Они широко назначаются при сосудистых заболеваниях головного мозга, в том числе сосудистой деменции. В то же время при деменции при болезни Альцгеймера пирацетам и другие ноотропы практически неэффективны.

Другой, весьма обширной сферой применения ноотропных средств являются неглубокие депрессии, когда тоска сочетается с апатией, вялостью, ипохондрическими проявлениями. Ноотропы широко применяются при простом физиологическом утомлении и при астениях после перенесенных инфекций, интоксикаций, психотравм и т. п. Имеются сообщения об успешном применении пирацетама для смягчения проявлений так называемого шизофренического дефекта (апатобулического синдрома). В наркологии ноотропы применяются для смягчения алкогольного синдрома отмены.

Показаний к применению ноотропных средств в неврологии, терапии, токсикологии мы здесь не касаемся.

Побочные эффекты. В отличие от подавляющего большинства веществ, действующих на ЦНС, ноотропы малотоксичны и побочные эффекты вызывают крайне редко. Имеются указания на возможность возникновения диспептических явлений; нередко пациенты отмечают бессонницу, колебания АД, повышенную раздражительность и внутреннее беспокойство. Во избежание этих явлений ноотропы принимают в первой половине дня (до 18 ч).

Противопоказания к применению. Их крайне мало; ноотропы применяются даже у детей первого года жизни. Для пикамилаона противопоказанием являются острые и хронические заболевания почек; для пирацетама – также тяжелые заболевания почек и детский диабет; для пиридитола – эпилепсия.

Нормотимические средства

Так называются лекарственные вещества, устраняющие колебания эмоционального состояния; при аффективных нарушениях – предупреждающие появление повторных маниакальных и депрессивных эпизодов. В первую очередь – это соли лития.

Лития карбонат, лития оксибутират и другие применялись прежде всего для терапии гипоманиакальных и маниакальных состояний. Основным в их механизме лечебного действия считалось влияние на транспорт ионов натрия в нервных клетках, изучаются и другие их свойства. В дальнейшем было обнаружено, что они не только устраняют эйфорию, речедвигательное возбуждение при маниакальных эпизодах, но и предупреждают рецидивы появления аффективных нарушений.

Препараты лития применяются перорально. Они в организме кумулируют и могут оказывать токсические эффекты: появляется тремор пальцев рук, усталость, сонливость, чувство жажды, диспептические явления, диарея, сердечные аритмии.

Лечение солями лития в первый месяц приема непременно должно осуществляться при еженедельном контроле их содержания в сыворотке крови. Оно не должно превышать 1,6 ммоль/л и не опускаться ниже 0,6 ммоль/л. При устойчивой концентрации такое исследование проводят 1 раз в месяц, в дальнейшем 1 раз в 2 месяца.

Кроме солей лития к нормотимическим средствам в настоящее время относят и некоторые противосудорожные препараты, а именно финлепсин (*син.* карбамазепин и тегретол) и депакин (*син.* конвулекс, вальпроат натрия), а также антиконвульсант последнего поколения – ламотриджин (ламиктал). Эти препараты, наряду с транквилизаторами, широко применяются при лечении эпилепсии.

Другие средства

Стимуляторы ЦНС растительного происхождения и кофеин иногда применяются при астенических расстройствах, но крайне редко.

При лечении алкоголизма применяется тетурам (синонимы – антабус, дисульфирам), что будет изложено более подробно в соответствующем разделе.

При лечении деменции при болезни Альцгеймера на ранней стадии заболевания оказываются эффективными холинопоэтические средства (эзерин, глатилин), а также мемантин акатинол. При психических расстройствах сосудистого происхождения эффективны циннаризин (стугерон) и кавинтон. При психических расстройствах, вызванных органическими поражениями ЦНС, применяют церебролизин.

Вопросы к главе 9.

1. Как изменило внедрение психофармакологии контингент психиатрических пациентов?
2. Назовите показания к применению нейролептиков.
3. Опишите побочные эффекты нейролептиков.
4. Какова первая помощь при остром возникновении нейролептического синдрома?
5. Каковы правила парентерального введения нейролептиков?
6. Каковы показания к применению транквилизаторов?
7. Каковы побочные эффекты и предосторожности при применении транквилизаторов?
8. Каковы побочные эффекты антидепрессантов?
9. Для чего применяются ноотропные средства?
10. Каковы правила ведения больных, получающих соли лития?

Глава 10

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Реабилитация как научное направление сформировалась в 60-е гг. XX в., причем наиболее активными специалистами, разрабатывавшими это направление, были психиатры. К этому времени было сформулировано определение понятия реабилитации как «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение инвалидов (взрослых и детей) в общество к общественно полезному труду... Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению своего здоровья, и у него восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу».

Истоки реабилитации мы находим во Франции в конце XVIII в. в деятельности знаменитого психиатра Ф. Пинеля, впервые снявшего цепи с психически больных и призывавшего обращаться с ними как с просто больными людьми. Дальнейшими основополагающими шагами, как указывает профессор М. М. Кабанов, являются система нестеснения Дж. Коннолли (1856) и система открытых дверей Д. – Б. Тьюка (1872). В дальнейшем, в течение XX в., теория реабилитации пополнилась организацией трудовой терапии для душевнобольных, мобилизацией общественности на участие в процессе реабилитации, внедрением в лечение культтерапии, социально-трудовых мероприятий и др. Значительный вклад в развитие проблемы внесли работы по социальной психиатрии (Кабанов М. М., Вайзе К., 1980), рассматривающей вопросы взаимоотношений общества и больного, отношения общества к больному. В настоящее время проблема медикосоциальной реабилитации серьезно рассматривается во всех отраслях медицины. Широта реабилитационного подхода к больному человеку исключает противопоставление «лечение – реабилитация». Неверно, например, выражение «лечение и реабилитация больных эпилепсией» (хотя подобные выражения можно нередко встретить в литературе). И неверно это потому, что реабилитация, как всеобъемлющий подход к больному человеку, включает в себя все мероприятия, направленные на восстановление его здоровья и социального статуса: медикаментозное лечение, физиотерапию, психотерапию, социотерапию и др. В то же время квалифицированные специалисты часто отождествляют реабилитацию с трудотерапией, протезированием и другими конкретными методами восстановительного лечения, чем явно обедняют понятие реабилитации.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.