**Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области**

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

**«Кемеровский областной медицинский колледж»**

**Анжеро - Судженский филиал**

**АСФ ГБПОУ «КОМК»**

 МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА КОМБИНИРОВАННОГО ЗАНЯТИЯ

**ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях/Сестринский уход в психиатрии (с курсом наркологии)

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»

**Занятие №4**

Тема: Сестринский уход при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах. Сестринский уход при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте.

Составил преподаватель:

Шаехова Динара Рифкатовна

2017

**Обучающая цель:**

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями студент в ходе освоения профессионального модуля должен:

**иметь практический опыт:**

* осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояния;

**уметь:**

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
* консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию.

**знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организацию и оказание сестринской помощи;
* пути введения лекарственных препаратов;
* виды, формы и методы реабилитации;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

Способствовать формированию профессиональных компетенций:

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

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

**Развивающая цель:**

-Способствовать развитию общих компетенций: **ОК 1-9, ОК 12**

**Воспитательная цель:**

**Освоение общих компетенций (ОК 10-13):**

**Тип занятия:** выработка и закрепление знаний.

**Вид занятия:** комбинированное занятие.

**Междисциплинарные связи:**

- Анатомия и физиология человека.Основы латинского языка с медицинской терминологией.

­ - ПМ.01, ПМ. 02. ПМ.03 ПМ 04. Фармакология. Психология.

**Оснащение занятия:**

-Раздаточный материал: методический конспект занятия.

**Литература: *Основная:***

1. С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина Сестринское дело в невропатологии и

психиатрии с курсом наркологии. Ростов н-Дону.: Феникс 2004

2. Бортникова С.М., Зубахина Т.В. Нервные и психические болезни.

Ростов н-Дону.: Феникс 2002.

3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология.

Ростов н-Дону.: Феникс 2002.

4. Основы сестринского дела: учебное пособие, /Под общей редакцией

проф. С.И. Двойникова. – М.: АНМИ, 2005. – 577с.

5. С.А. Мухина, И.И. Тарновская. Практическое руководство к

предмету «Основы сестринского дела»: учеб. пос. – 2-е изд., испр. и

доп.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 512 с.: ил.

6. Т.П. Обуховец, Т.А. Склярова, О.В. Чернова под редакцией Б.В.

Карабухина Основы сестринского дела – Изд. 12, - доп. и перераб. -

Ростов-н/Д: - Феникс, 2008г.- 553с.***Дополнительная:***

1.Калюжная И.А. Психиатрия и неврология. Конспект лекций Ростов-н/Д: -

Феникс, 2008г.

2. Е.В. Гейслер, А.А. Дроздов Психиатрия. Конспект лекций. Москва, Эксмо

2008 г.

3. Руководство для средних медицинских работников /Под ред.Ю.П.

Никитина, В.М. Чернышева. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2007.

4.Министерство здравоохранения и социального развития РФ //

Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации. – 2008-2011 [Электронный ресурс].

URL: http://www.minzdravsoc.ru

5. http://www.consultant.ru/- нормативные документы

***Информационно-правовое обеспечение:***

1. Система «Консультант».

2. Система «Гарант»

**Структура занятия**

1. Организационный момент
2. Контроль знаний по предыдущей теме
3. Постановка целей и задач занятия
4. Мотивация
5. Изложение нового материала
6. Закрепление нового материала
7. Подведение итогов занятия, выставление отметок (диагностика)
8. Домашнее задание

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Элементы занятия, учебные вопросы** | **(мин)** | **Формы и методы обучения** | **ПК, ОК** |
|  | ***Организационный момент*** | 5 |  |  |
| 1.1. Приветствие студентов, проверка отсутствующих  |  | ОК 12 |
| 1.2. Освещение плана занятия |  |  |
|  | ***Контроль знаний по предыдущей теме***Решение ситуационной задачи по теме: «Сестринский уход при органических, включая симптоматические, психических расстройствах.» ***( Приложение 1)*** | 15 | Индивидуальный письменный опрос | ПК 2.1ОК 4 |
|  | ***Постановка целей и задач занятия*** | 2 | Проблемная ситуация | ОК 1 |
|  | ***Мотивация***Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза. Это группа функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Психогенным фактором во всех случаях являются конфликты (внешние или внутренние), действие обстоятельств, вызывающих психологическую травму, стресс либо длительное перенапряжение эмоциональной и/или интеллектуальной сфер психики.  | 3 |  | ОК 1 |
|  | ***Изложение нового материала*** Сестринский уход при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах. Сестринский уход при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте. ***(Приложение 2)*** | 65 | -Рассказ;-Беседа | ПК 2.1 – ПК 2.8ОК 1- ОК 13 |
|  | ***Закрепление нового материала***Решение ситуационной задачи ***(Приложение 3)******Взаимооценка*** | 10 | Устный индивидуальный опрос | ПК 2.1ОК 4 |
|  | ***Подведение итогов занятия, выставление отметок*** ***Продолжите предложения:******Доволен ли своей работой на занятии;******Что было легко, что трудно…*** | 3 | Рефлексия | ОК 1 |
|  | ***Домашнее задание****:* 1. Бортникова С.М. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии. – Р-н/Д.:Феникс, 2014.- 475 с. С 334-343 | 2 |  | ОК 4 |

**Вопросы, выносимые на экзамен**

1. Неврозы, расстройства личности. Клиническиепроявления, принципы лечения. Роль медицинской сестры в наблюдении и уходе.

**Приложение 1**

**Ситуационная задача по теме:**

«Сестринский уход при органических, включая симптоматические, психических расстройствах.»

В геронтопсихиатрическое отделение поступила пациентка 56 лет. Выглядит растерянной, не понимает, где находится, не может назвать текущей даты. Охотно отвечает на вопросы, при этом заикается, некоторые слова выговаривает с трудом, не может назвать предметы. Предложенную ручку назвала: «Это штучка, штучка, чтобы писать», предложенные очки назвала также «штучкой, чтобы лучше видеть». Допускает ошибки в простейшем счете, удивляется, что получается неправильно. Считает, что это происходит из-за волнения. Не может объяснить простейших пословиц и поговорок, не помнит названий пальцев на руках. Надевает сразу несколько кофточек и халат, не может застегнуть пуговицы. Расстраивается из-за своей неловкости, начинает плакать и причитать. Из направления на госпитализацию известно, что болеет около года, когда появились расстройства речи, не могла вспомнить названия предметов, букв, цифр, перестала справляться с работой, в способность себя обслуживать. Забывает выключать воду и газ. Соматическое состояние: правильного телосложения, пониженного питания. Передвигается самостоятельно. Гемодинамика без патологии.

Задания:

1 Определите проблемы пациентки.

2 Сформулируйте цели ухода.

3 Составьте план сестринского вмешательства.

Эталон ответа на контроль знаний по теме*:* «Сестринский уход при органических, включая симптоматические, психических расстройствах.»

*Проблемы пациента:*

*Настоящие:* выраженное снижение интеллекта и памяти, уменьшение способности к самообслуживанию, дезориентированность в окружающей обстановке, нарушение способности контролировать свое поведение, затруднения в двигательной сфере.

*Потенциальные:*

обострение сопутствующих соматических заболеваний, пролежни;

*Приоритетные:* беспомощность.

*Цель краткосрочная*: обеспечение помощи в самообслуживании, контроль передвижения, соматического состояния.

*Долгосрочная цель:* сохранение навыков самообслуживания, адаптация в обществе.

*План сестринского ухода*.

1 Усиленное наблюдение.

2 Постоянный контроль и помощь в самообслуживании – помощь в нахождении туалета, палаты, столовой. Контроль внешнего вида, одевания, кормления, соблюдения питьевого режима, посещения туалета, гигиенического режима.

3 Контроль приема лекарств для лечения и профилактики дальнейшей утраты памяти, интеллекта, навыков самообслуживания.

4 Контроль двигательного режима для профилактики пролежней, гипостатической пневмонии.

5 Психоэмоциональная поддержка.

6 Контроль АД, температуры тела, состояния кожного покрова, зуда, трофических расстройств.

7 При изменении психического и соматического состояния сообщение врачу.

Оценка: через 10-15 дней пациентка адаптирована в отделении, под контролем элементарно себя обслуживает. Осложнения отсутствуют цель достигнута.

Критерии оценок:

 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

«удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

«неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь

**Приложение 2**

**Сестринский уход при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах. Сестринский уход при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте.**

*Невротические расстройства* проявляются в различных формах: это отклонения в поведении в виде навязчивых действий и привычек, это повышенная тревога и связанные с ними фобии, это соматические по форме расстройства, на самом деле вызванные нарушениями в работе нервной системы и не имеющие органических симптомов нарушений органов и систем. Данная группа расстройств обозначает, что человек выражает свои психологические проблемы на языке симптомов поведения и языке симптомов тела, что адаптация к стрессовым ситуациям осуществляется на уровне включения нервной системы, но еще не на уровне соматических заболеваний.

В **МКБ-10** в данном разделе выделены следующие диагностические категории:

F40 – Тревожно-фобические расстройства.

F41 – Другие тревожные расстройства, в том числе тревожно-депрессивные расстройства.

F42 – Обсессивно-компульсивное расстройство.

F43 – Реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства.

F44 – Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

F45 – Соматоформные расстройства.

F48 – Другие невротические расстройства.

F60 – Специфические расстройства личности.

F61 – Смешанное и другие расстройства личности.

F62 – Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезньюголовного мозга.

F63 – Расстройства привычек и влечений.

F64 – Расстройства половой идентификации.

F65 – Расстройства сексуального предпочтения.

F66 – Психологические и поведенческие расстройства связанные с половым

(психосексуальным) развитием и ориентацией по полу.

F68 – Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

*Данная группа психических и поведенческих расстройств, обозначенная термином «пограничные», характеризуется:*

1) психогенным или личностным механизмом возникновения;

2) непсихотическим уровнем психических расстройств.

**Пограничные состояния** - это патологические проявления, которые не превращают человека в полном смысле в душевнобольного, но и здоровым при этом он себя не считает, и не расценивается здоровым окружающими.

К пограничным состояниям относятся:

* специфические расстройства личности;
* невротические расстройства;
* реакции на тяжелый стресс.

**Терапия пограничных психических расстройств**

Одним из основных способов терапии считается психотерапия. Она включает использование как консультативных и коррекционных методик, так и собственно психотерапии.

Психофармакологические средства необходимы и обоснованы, так как психопатологические и вегетативные симптомы имеют нейробиологическую базу. Для лечения невротических расстройств используют транквилизаторы, антидепрессанты, «малые» нейролептики и препараты из иных групп. Помимо психотропных средств эффективны вегетотропные лекарства. Необходимо учитывать возможности поддержки со стороны близких, культуральные и социальные особенности личности.

При тревожно-фобическом расстройстве применяют антидепрессанты, транквилизаторы, β-адреноблокаторы, ноотропы, реже нейролептики.

При посттравматическом стрессовом расстройстве рекомендуется использование антидепрессантов, карбамазепина, солей лития, нейролептиков и транквилизаторов.

Диссоциативные расстройства диктуют необходимость сочетания гипнотерапии с транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами.

Лечение личностных расстройств включает сочетание психокоррекционных мероприятий с применением транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков.

1. **Специфические расстройства личности**

**Личностные расстройства (психопатии)** в соответствии с МКБ-10 F 60-F 69 есть глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями в виде чрезмерных особенностей восприятия, мышления, чувствования и, особенно, межличностных отношений. Они появляются в детстве и подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Специфические расстройства личности – это выраженные и стойкие аномалии характера и поведения, препятствующие социальной адаптации человека.

***Признаки специфических расстройств личности***

* они проявляются везде: дома, на работе, в ситуациях, как труда, так и отдыха;
* они сохраняются в течение всей жизни, впервые выявляясь в детском или подростковом возрасте, редко позднее;
* именно расстройства характера, а не неблагоприятные внешние воздействия, обусловливают трудность социальной адаптации.

***Причины***

1. Наследственный фактор.
2. Неправильное, извращенное воспитание или хронический стресс в детском возрасте.
3. Ранние вредные влияния на развивающийся мозг (патология беременности, менингиты, энцефалиты, перенесенные в раннем возрасте).

***Виды специфических расстройств личности***

**Шизоидное расстройство личности (шизоидные психопаты)**

Основная аномалия характера - замкнутость и необщительность.

**Истероидные психопаты**

Демонстративны, общительны, театральны, стремятся быть в центре внимания, произвести впечатление. Часто лживы.

**Паранойяльные психопаты**

Характерно общая подозрительность и убежденность в своем превосходстве.

**Диссоциальные психопаты**

Жестоки, бессердечны, неспособны к дружбе и любви. Пренебрегают социальными и общественными нормами, тяготеют с раннего возраста к алкоголю, наркотикам, хулиганским действиям. Равнодушны к своему будущему.

**Гипертимные психопаты**

Энергичные, инициативные, имеют одновременно массу интересов, планов. Любят большие компании, склонны к азартным играм, приключениям и риску. Плохо переносят любые ограничения их свободы.

**Гипотимные психопаты**

С раннего возраста пониженное настроение, много брюзжат, ворчат. Безнадежные пессимисты в учебе, работе, семейной жизни. Старательны, исполнительны. Друзей имеют мало.

**Эмоционально неустойчивые психопаты**

Характерно беспричинное колебание настроения. Легко вступают в конфликты из-за своей нестабильности и ненадежности.

**Возбудимые (эпилептоидные) психопаты**

Аккуратны, обстоятельны, педантичны, консервативны. Упорны и трудолюбивы в достижении цели. Мстительны, жестоки, подозрительны. С людьми, от которых зависят, угодливы и слащавы.

**Астенические (зависимые) психопаты**

Люди застенчивые, с повышенной впечатлительностью, чрезмерно ранимые. Самооценка занижена, плохо преодолевают любые трудности. Пользуются своей «слабостью», помощь воспринимают, как должное.

**Психастенические психопаты**

Основными чертами является постоянное сомнение и неуверенность в принятии решений. Деликатны, застенчивы, педантичны, тревожно-мнительны. Занимаются самокопанием.

***Особенности лечения***

Поскольку личностные расстройства сопровождают пациента всю жизнь, постоянное медикаментозное лечение не применяют. При обращении таких лиц за консультативно-лечебной помощью психотерапия должна проводиться обязательно.

1. При заострении шизоидных черт - нейролептики с активирующими свойствами (рисполепт, эглонил, тиаприд).
2. При заострении параноидных черт - нейролептики (трифтазин, мажептил).
3. Астеническим и психастеническим личностям - антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами на ограниченное время, не допуская самолечения.

**2. Невротические расстройства, связанные со стрессом (неврозы)**

Это психические расстройства, обусловленные внутриличностным конфликтом в связи с воздействием на человека значимых психических травм и несовершенством механизмов прогнозирования и психологической компенсации, проявляющиеся непсихотическим, психическими и соматовегетативными нарушениями.

**Причины**

1. Эмоциональный стресс 2.Переутомление

Этиопатогенез:

**- нейрофизиологическая научная платформа** базируется на классических представлениях И.П.Павлова о том, что всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них. Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте. Важное значение придается ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит, хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания.

**- психологическая платформа** является на современном этапе преобладающей как в западной, так и в отечественной психиатрической литературе. Она содержит анализ значимости множества различных психологических параметров.

- **антинозологическая платформа**. Невроз, с точки зрения западной психотерапевтической школы «новой волны», вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам.

В настоящее время объединяющими различные подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются:

- психическая травма

- преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров – темперамента и характера.

**Признаки невротических расстройств:**

1. Всегда приобретенные.
2. Критика к себе сохранена.
3. При адекватном лечении излечимы.

***Клинические проявления***

Клинические проявления разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Остановимся на наиболее ярких и часто встречающихся в практике медсестры.

**Неврастения**

1. Повышенная утомляемость.
2. Эмоциональная лабильность.
3. Расстройства сна.
4. Снижение внимания и памяти.
5. Снижение сексуальности.
6. Соматические и вегетативные расстройства.

**Невроз навязчивых состояний**

1. Навязчивые страхи, мысли, воспоминания, действия.
2. Критически относится к имеющимся навязчивостям, но не может самостоятельно освободиться от них.

**Истерический невроз**

1. Развивается у лиц с повышенной внушаемостью и способностью к ярким образным представлениям.
2. Способен воссоздать внешние признаки любой болезни о которой имеются представления.
3. Поведение демонстративное, театральное.

***Особенности терапии невротических расстройств.***

* Устранение психотравмирующей ситуации.
* Режим дня.
* Полноценный сон.
* Умеренные физические нагрузки.
* Психотерапия.
* Транквилизаторы (мезапам, нитразепам, реланиум, феназепам).
* Поливитамины.
* Ноотропные препараты.
* Физиотерапия.

**3. Реакции на тяжёлый стресс (психогении)**

По МКБ-10 подразделяются на:

1. Острые реакции на стресс.
2. Посттравматические стрессовые расстройства.
3. Расстройства адаптации.
4. Диссоциативные расстройства.

**Посттравматическое стрессовое расстройство**, как правило, обусловлено следующими факторами:

1. военными действиями,
2. природными и искусственными катастрофами,
3. террористическими актами,
4. службой в армии,
5. отбыванием заключения,
6. насилием и пытками.

*Типичными признаками являются:*

- эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений,

- отчуждение от людей,

- утрата интереса к жизни,

- эмоциональная притупленность,

- уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагических событиях.

**Расстройства адаптации** в виде депрессивных реакций, реакций с преобладанием тревоги или нарушением поведения, диссоциативные расстройства. Эти расстройства считаются состояниями субъективного дистресса и проявляются, в первую очередь, эмоциональными расстройствами в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию.

В случае депрессивного варианта появляются такие аффективные расстройства как горе, пониженное настроение, склонность к уединению, суицидальные мысли и тенденции.

При тревожном варианте доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости и страха, спроецированные в будущее, ожидание несчастья.

Паническое расстройство характеризуется повторяющимися приступами тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом возникают периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушением поведения в виде психомоторного возбуждения, страха приближающейся смерти, который проявляется тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, удушьем, головокружением и чувством нереальности происходящего.

**Диссоциативные расстройства**наблюдаются в условиях острых психических травм при невозможности, нежелании или неумении разрешить возникшие проблемы Виды:

- диссоциативная амнезия,

- диссоциативный ступор,

- диссоциативная фуга,

- трансы и состояния овладения,

- диссоциативные расстройства моторики.

***Особенности лечения***

Острые реакции на стресс нуждаются в немедленном купировании. В таких случаях применяются мягкое механическое ограничение, введение нейролептиков, срочная эвакуация с места происшествия. После эвакуации с пациентами проводится психотерапевтическая работа, на короткое время назначаются общеукрепляющие и седативные средства.

Расстройства адаптации требуют длительной медикаментозной терапии, а по мере затихания расстройств – всё более интенсивных психотерапевтических воздействий.

Лечение диссоциативных расстройств представляет весьма сложную проблему. Среди медикаментозных средств лечения предпочтение отдаётся мягко действующим нейролептикам (неулептил, сонапакс), транквилизаторам (феназепам, реланиум). Нужно помнить, что пациент отнюдь не является симулянтом, не придумывает, просто для его хрупкой нервной системы психотравмирующее переживание явилось непереносимым. Медсестра обязательно должна участвовать в осуществлении психотерапевтических вмешательств наряду с другими специалистами, внушая пациенту необходимость продолжения жизненной активности, несмотря на утраты или унижения.

*Далее охарактеризуем ещё некоторые из расстройств, включенных в данную рубрику.*

**Тревожно-фобические расстройства**. Эта группа объединяет расстройства, при которых тревога вызывается определенными внешними ситуациями или объектами, в настоящий момент времени не представляющими опасности. В результате человек характерным образом избегает подобных ситуаций либо переносит их, переживая страх. Большинство фобических расстройств, за исключением социальных фобий, являются более распространенными среди женщин.

**Обсессивно-компульсивное расстройство**. Основной чертой при этом расстройстве являются повторяющиеся обсессивные мысли и компульсии (навязчивые мысли и действия). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда неприятны, поскольку по содержанию являются агрессивными или непристойными, но и воспринимаются как бессмысленные, и человек пытается безуспешно сопротивляться им. Обсессии не навязываются извне, а являются продуктом собственного сознания человека, хотя они и воспринимаются как помеха. *Типы обсессий*: боязнь загрязнений, боязнь причинить вред себе или окружающим, патологические сомнения.

**Компульсивные действия** или ритуалы представляют собой повторяемые вновь и вновь стереотипные формы поведения или более завуалированные умственные процедуры (счет, чтение молитв, произнесение определенных слов). Их функция состоит в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, часто связанных с предполагаемым вредом, который якобы может быть нанесен больному или причинен им самим. Подобное поведение расценивается больным как бессмысленное или бесплодное, и он снова и снова пытается сопротивляться ему; при долговременных расстройствах это сопротивление уменьшается до минимума. Человек понимает неразумность своего поведения, но не в силах его контролировать. *Типы компульсий:* очистка, проверка, повторение, упорядочивание –обустраивание, счет.

**Соматоформные расстройства.** Это группа состояний, которые подразумевают соматические жалобы или жалобы на недееспособность, которые не сопровождаются какой-либо видимой соматической патологией, способной объяснить эти жалобы. Главной чертой соматоформных расстройств является повторяющееся предъявление соматических симптомов наряду с постоянными требованиями провести медицинское обследование вопреки многократному получению отрицательных результатов и заверениям врачей об отсутствии физической, органической основы для симптоматики.

**Выделено несколько разновидностей соматоформных расстройств.**

**Соматизированное расстройство**. Основным признаком являются множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые наблюдаются, по крайней мере, в течение нескольких лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. У больных уже накоплено множество негативных результатов различных обследований, некоторые из них перенесли даже бесполезные операции с диагностической целью. Симптомы соматизированного расстройства могут относиться к любой части тела или системе органов, однако к числу наиболее распространенных относятся неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, аномальные кожные ощущения, появление пятен на коже, сексуальные и менструальные нарушения. Дебютирует в возрасте до 30 лет, в 10 раз чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

**Ипохондрическое расстройство**. Может дебютировать в возрасте старше 30 лет. Жалобы больного не обязательно фокусируются на каком-либо определенном наборе симптомов, главное – это фокусировка на идее, что пациент серьезно болен. Пациент предъявляет многочисленные и упорные жалобы на возможное соматическое заболевание. То есть основной признак расстройства заключается в стойкой озабоченности возможностью наличия тяжелого соматического заболевания (одного или более) с прогрессирующим течением. Больной постоянно предъявляет соматические жалобы или выражает беспокойство по поводу своего соматического состояния или внешности. Пациент признает возможность, что у него могут существовать и дополнительные физические нарушения помимо того, которому он придает особое значение. Больные регулярно читают научно-популярные медицинские журналы, занимаются поиском информации медицинского характера в Интернете, они ставят себе любопытные диагнозы, не существующие в реальности. Эти больные являются главными потребителями новейших медицинских препаратов, особенно рекламируемых, ведут регулярно дневники, в которых описывают свое состояние. При этом они уверены, что никогда не поправятся, хотя и пребывают в объективно хорошей физической форме. Ипохондрическое расстройство дает больным так называемую «вторичную выгоду»: они получают законное освобождение от ответственности, от обязанностей, так как искренне считают себя больными, не являясь таковыми в действительности.

**Хроническое соматоформное болевое расстройство**. Больные предъявляют жалобы на боли достаточной продолжительности и силы, которые серьезно осложняют жизнь пациента. Боли существуют на фоне отсутствия объективных данных, позволяющих говорить о болезни. Ощущение боли всегда субъективно, это сугубо индивидуализированное ощущение. Его нельзя измерить объективно, но о боли можно судить по поведению человека. При болевом соматоформном расстройстве субъективное ощущение боли и физическая дисфункция не коррелируют между собой. Люди с психогенным болевым расстройством могут вести себя как инвалиды. Они ходят к врачам, как на работу, надеясь получить объективное подтверждение своей боли и лекарство для облегчения страданий. В результате может появиться пристрастие к болеутоляющим средствам, больные также могут добиваться ненужных, калечащих операций.

**Приложение 3**

**Решение ситуационной задачи для закрепления темы:**

**«**Сестринский уход при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах. Сестринский уход при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте.**»**

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики, обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения, духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычное дело. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко.

Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия после этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее и сам расстроился до слез, просил у нее прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница». Во время беседы с врачом волнуется, покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

*Задания:*

1. Сестринский диагноз и его обоснование.

2. Роль медицинской сестры в диагностике данного заболевания.

3. План сестринского ухода при данном заболевании.

*Эталон ответа:*

**1.** Используя сведения, полученные из медицинской документации, от больного и его близких, формулируем вывод об имеющихся психических нарушениях, устанавливаем сестринский диагноз.

У пациента астено-невротический синдром, невротическая депрессия, такое расстройства психики может быть при неврозах.

*Обоснование*

· Симптом раздражительной слабости, головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость.

· Раздражительность. Эмоциональная лабильность. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

· Сохранено критическое отношение к состоянию.

**2.** Роль медсестры в диагностике данных нарушений заключается в оценке психического состояния пациента (описание психического статуса) с целью определения проблем, которые могут возникнуть у больного вследствие психического состояния, из-за побочного действия лекарств, требующие внимания медицинского персонала в первую очередь и тактики сестринского ухода, а также сбора информации, которую пациент может не рассказать врачу.

Внешне опрятен, волосы чистые. Контакту доступен. Ориентирован правильно. Эмоционально лабилен. Предъявляет жалобы на раздражительность, головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенную утомляемость. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница». Во время беседы с врачом больной волнуется, покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения. Критика сохранена.

*Проблемы пациента*

- тревога, депрессия;

- снижение активности;

- изменение отношения к работе;

- отсутствие аппетита;

- нарушение сна;

- снижение самооценки;

**3. План сестринского ухода:**

1. Выполнение назначений врача – для улучшения психического состояния, максимально быстрого выздоровления или достижения ремиссии, предотвращение осложнений.

2. Побеседовать с пациентом, дать ему возможность выговориться, рассказать о психотравмирующем переживании. Помочь выработать адекватное отношение к проблемам, которые невозможно решить полностью.

3. Создать условия с низким уровнем раздражителей (неяркое освещение, отсутствие шума).

4. Вовлечь больного в лечебный процесс в качестве активного и сознательного его участника.

5. Поддержать и укрепить чувство самоуверенности.

6. Обучить приемам, позволяющим противостоять стрессу.

7. Обучить приемам психофизической саморегуляции методом релаксации.

8. Изменить отношение больного к его образу жизни (соблюдать режим труда и отдыха, рационально питаться, ограничение или полный отказ от вредных привычек).

9. Обучить членов семьи, друзей, коллег приемам социальной поддержки.

10. Привлекать пациента к занятиям в психосоциальной группе, где она получит информацию о проявлениях психических расстройств и способах адаптации к ним.