



А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев

УЧЕБНИК ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

ПСИХИАТРИЯ

Санкт-Петербург
СпецЛит

Олег Федорович Ерышев
Анатолий Михайлович Спринц
Психиатрия
Серия «Учебник для средних
медицинских учебных заведений»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10305279

*Психиатрия : учебник для средних медицинских учебных заведений:
ISBN 978-5-299-00359-8*

Аннотация

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.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ОБЩАЯ ЧАСТЬ	9
Глава 1	9
Глава 2	14
Глава 3	28
Глава 4	36
Принудительные меры медицинского характера	42
Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия	44
Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке	46
Диспансерное наблюдение	48
Глава 5	51
Судебная психолого-психиатрическая экспертиза	51
Военно-врачебная экспертиза	55
Медико-социальная экспертиза	57
Глава 6	60
Конец ознакомительного фрагмента.	77

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, неврозы 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 нередки 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, необходимых 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 медработникам, 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 учиты-

вать 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 1.

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

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 колду-

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

нов 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: шизофрения² 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.

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

В первой половине XX в. был предложен ряд методов лечения психических заболеваний. Некоторые из них испытали взлет популярности и последующее забвение, к таким 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 прогрессивном 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.



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., призревали 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 – доллгаузы, 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 Кандинским (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 обеспеченностью 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 психиатри-

ческую 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 отличаю-

щихся 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 юрисконсульт, 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 культтера-

психиатрические 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 осо-

бенно страдали люди с неявными, 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 освидетель-

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

ствовании 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.

**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)

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

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 пра-

во 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 су-

дебной 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.

⁵ Обычно это устанавливается, если преступления мелкие, незначительные.

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.

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 недоб-

ровольной 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?

ние 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 слу-

чаях 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 подслед-

ственного 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 стаци-

онарно, 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 экспер-

тизы 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 (МС-ЭК) 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 эффек-

тивного 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 осуществить уход за собой и регулярное лечение, он признается недееспособным и ему определяется опекунство. 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. Соглас-

но «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 взаимоувязаны. 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;
- неперенное 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 пяти-этапная 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 мед-

сестре необходимы капитальные навыки в искусстве общения.

Приступая к сбору информации, медсестра должна убедиться, что она располагает достаточным запасом времени, так как пациенты могут «выдавливать» из себя сведения 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 речедвигательного 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, консультантах, 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 нейрорептики 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 скоплений 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.

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.