

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Вмешательство при психическом кризе

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Вмешательство при психическом кризе" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



План

1. Цели вмешательства при психическом кризе
2. Стратегия и компоненты врачебного вмешательства
3. Стрессы, испытываемые медперсоналом
4. Список использованной литературы

1. ЦЕЛИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКОМ КРИЗЕ

По сравнению с целями традиционной психотерапии и консультирования пациента, которые часто довольно неопределенны и касаются глубин психики (например, улучшения самооценки), цели вмешательства при кризе, как правило, являются четко определенными, что вполне соответствует директивному стилю самого вмешательства.

Обычно эти цели кратковременны, хотя некоторые критические вмешательства могут иметь отдаленные последствия, которые нелегко предопределить или спрогнозировать. Для купирования криза вряд ли необходимо разрешение длительно существующих у пациента тяжелых жизненных проблем; иногда просто изменение восприятия пациентом сложившейся ситуации может оказать весьма благоприятное и незамедлительное влияние на разрешение ПК.

Другие цели врачебного вмешательства при психическом кризе перечислены ниже.

1. Предупреждение развития психиатрической симптоматики.
2. Предупреждение развития отсроченных или хронических реакций.
3. Идентификация (на ранних этапах лечения) больных, нуждающихся в госпитализации, и лиц, которые могут лечиться амбулаторно.
4. Устранение психосимптоматики.
5. Восстановление эмоционального равновесия.
6. Восстановление душевных сил и самоконтроля, особенно у пациентов с потенциалом суицида, насилия и т. п.
7. Возвращение жизнедеятельности пациента к предкризисному уровню (или достижение более высокого уровня). Разрешение длительно существующих проблем, проведение необходимого лечения и консультаций.

2. СТРАТЕГИЯ И КОМПОНЕНТЫ ВРАЧЕБНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Компоненты вмешательства

Эффективное вмешательство при ПК независимо от специфической лечебной стратегии и используемых методов всегда содержит ряд основных компонентов (табл. 1).

Мобилизация надежды на лучшее (у пациента).

Внушение и поддержание ожидания улучшения своего состояния.

Таблица 1. Основные компоненты оказания помощи при психическом кризе

- Сочувственное доброжелательное и избирательное выслушивание пациента

- Эмоциональная поддержка
- Неосуждающее восприятие пациента
- Подбадривание пациента
- Достаточное информирование пациента
- Обеспечение возможности высказаться ("отвести душу")
- Осмысление ситуации вместе с пациентом
- Убеждение пациента, рекомендации и советы
- Нюансы поведения врача в случае конфронтации с пациентом

Обеспечение целенаправленности беседы

- Помощь пациенту и защита его прав
- Конечные предписания и последующее наблюдение
- Доброе и уважительное отношение к пациенту.
- Вмешательство должно проводиться с энтузиазмом.
- Сочувственное, активное и избирательное участие

Когда больных просят назвать один, наиболее полезный для них компонент лечения, в большинстве случаев следует ответ: умение врача выслушать больного. Выслушивание пациента должно происходить в атмосфере благожелательности и откровенного участия. Вместе с тем беседа врача с пациентом должна быть целенаправленной.

Эмоциональная поддержка

Эмоциональная поддержка вовсе не означает длительного и безразличного сидения рядом с пациентом. Конечно, возникает искушение согласиться с восприятием пациентом некоторых событий, однако такое участие может побудить пациента к избранию неправильного пути действия или создаст нежелательную ситуацию, когда критическое отношение пациента к тем или иным лицам затруднит их реальную помощь в лечении.

Неосуждающее восприятие больного

Неосуждающее восприятие утверждений пациента вовсе не означает разделения его точки зрения. Надо уметь выслушивать больного, не проявляя явного несогласия с его оценкой событий. Следует расспрашивать пациента с особой осторожностью, стараясь не обидеть его двусмысленными вопросами типа: "А почему вы были одни в этом месте так поздно ночью?". Martin Semonds советует в таких случаях (особенно в беседе с жертвами насилия) пользоваться следующими трафаретными фразами: "Я очень огорчен тем, что с вами случилось"; "Я рад, что вы целы и невредимы"; "Вы не сделали ничего предосудительного".

Внушение больному уверенности в себе

Нередко бывает необходимо начать беседу с успокоения пациента, одоблив его решение обратиться за врачебной помощью. Многие больные чувствуют себя при этом крайне неловко; им кажется, что только слабость характера побудила их обратиться к врачу или что их проблемы настолько тривиальны, что не заслуживают внимание профессионала. Они также опасаются относительно их приема в ОНП (т. е. что их будут воспринимать как психически больных).

Пациенты, поступающие в ОНП в состоянии острого эмоционального криза, нередко чувствуют, что могут потерять рассудок, упасть в обморок или что с ними случится нервный припадок и т. п. Быстрое и недвусмысленное подбадривание и успокаивание такого пациента с уверением его в обратном часто имеет незамедлительный эффект и помогает установить контакт с ним. Чем более индивидуализировано и конкретизировано такое уверение, тем более оно эффективно. Заверения типа "ничего, все обойдется" менее эффективны чем, например, такое: "В прошлый раз, когда у вас было такое же состояние, оно продолжалось очень недолго, поэтому вы быстро восстановитесь, несмотря на остроту симптоматики".

Обеспечение информацией

Нередко проблемы больного усугубляются неправильным пониманием, восприятием критической ситуации и различными мифами и слухами. Необходимые разъяснения (если врач в курсе событий и имеет точную информацию) весьма целесообразны при успокаивании пациента; однако не следует превращать подобные объяснения в мини-лекцию.

Обеспечение возможности высказаться ("отвести душу")

Эмоциональное выражение своих переживаний имеет несомненный терапевтический эффект для большинства больных. Исключение составляют истеричные и эмоционально лабильные индивидуумы, обычно отвечающие на стрессовые ситуации неадекватной реакцией и драматическими "всплесками" эмоций.

Осмысление происходящего

Довольно часто пациенты ощущают себя раздавленными грузом нарастающих и неясных симптомов, жизненных проблем и противоречивых эмоций, последствия которых представляются им страшными или неопределенными. Осмысление всего происходящего (даже если оно непродолжительно и не затрагивает глубин души) может создать ощущение порядка в душе и осознать возможность определенного контроля своих переживаний. Казалось бы, хаотичная и зловещая ситуация после ее

объяснения и осмысления теряет часть своих "угроз".

Совет и убеждение

Совет и убеждение (если они используются умеренно и осторожно) могут быть эффективным средством при ПК. Однако необходимо помнить о различии советов, касающихся реальных жизненных обстоятельств (например, "вы должны развестись"), и советов, затрагивающих вопросы лечения ("вам следует подумать о лечении"). Дать совет в отношении изменений в реальной жизни значительно труднее, поскольку это предполагает полное понимание личности пациента и жизненной ситуации, а также достаточную осведомленность и мудрость врача. Гораздо легче и безопаснее давать советы второго типа.

Конфронтация

Пациент может проявить и негативное отношение к беседе с врачом, сдержанность и упрямство. При этом нередко возникает искушение ничего не скрывать от больного, поставить его перед лицом жестокой реальности. Однако пациент, не готовый воспринять "истину", будет уходить от прямого разговора и займет враждебную позицию. Если в целях лечения необходимо сказать пациенту всю правду, то это следует делать деликатно, постепенно и с элементами подбадривания.

Принудительные меры

Пациенты, представляющие опасность, проявляют агрессию, демонстрируют чрезмерную зависимость или ведут себя провокационно и подстрекательски, нуждаются в определенной изоляции. Общепринятые правила поведения должны быть восстановлены и ужесточены или (что даже лучше) предоставить пациенту выбор, четко объяснив ему последствия его поведения.

Облегчение жизненных условий и защита

Многие психические кризы обусловлены преимущественно внешними стрессорными факторами, которые не могут быть быстро изменены лечением больного. В таких случаях изменение условий жизни больного является

элементом устранения криза. Иногда это деятельность, направленная на решение ряда бытовых проблем пациента (например, отсутствие денег, жилья, работы и др.). Некоторые пациенты находятся в состоянии психического криза из-за дискриминации и плохого обращения с ними как с представителями определенной социальной группы, а также в связи с различными юридическими ограничениями. Примером таких групп населения могут служить жертвы различных преступлений (особенно жертвы изнасилования и избиения). При оказании первичной помощи таким пациентам целесообразно прибегнуть к помощи специальных адвокатов, которые могут защитить интересы жертвы в соответствующих учреждениях.

Направление больного и последующее наблюдение

Быстрое и успешное направление больного в соответствующее медицинское учреждение является важнейшей составной частью оказания помощи при ПК. Обеспечение этого принципа равносильно передаче больного с рук на руки от одного врача к другому. Прежде чем отослать пациента в другое учреждение, необходимо предварительно согласовать это, сообщив ему точные координаты: адрес и номер телефона, время визита, имя и фамилию специалиста или кого-то из сотрудников принимающего учреждения. Чем согласованнее будут такие действия, тем труднее будет слабовольному пациенту уклониться от рекомендуемого лечения. Такая "передача" больного бывает более результативной (почти вдвое), чем обычное направление в какое-либо медицинское учреждение с рекомендацией соответствующего лечения.

Наконец, если позволяет время, рекомендуется дать пациенту четкую письменную инструкцию, где будет отмечено следующее: посещение специалиста; получение консультации; получение назначенного лечения; выполнение пациентом предписаний врача и т. п. В случае невыполнения пациентом данных ему указаний необходимо выяснить, не было ли это обусловлено усугублением психического криза и не нуждается ли пациент в проведении мероприятий по купированию криза (в этом случае он

включается в список больных, могущих обратиться в ОНП в ближайшее время).

Стратегия лечения на различных стадиях криза

Лечебные мероприятия должны соотноситься с нуждами пациента в различные временные периоды после критической ситуации. В первые 24—48 часов пациент нуждается в "эмоциональной первой помощи", которая может быть оказана на месте травмы, на дому у пациента (или ином месте, где он находится) или, наконец, в ОНП. Первоочередной задачей в этот период является обеспечение безопасности и физического благополучия пациента плюс массивные дозы успокоения и эмоциональной поддержки; кроме того, пациент должен получить необходимую информацию.

В этот период пациенты с более серьезными расстройствами или интоксикацией могут нуждаться в купировании криза, в том числе в таких мерах безопасности, как изоляция и связывание. Пациенты в состоянии интоксикации часто оставляются в ОНП на всю ночь. Дело в том, что в период интоксикации такие индивидуумы могут иметь высокий риск суицида и нападения; к тому же на этом этапе они часто не нуждаются в госпитализации при условии оказания им адекватной помощи в ОНП. У большинства из них на следующее утро уже не наблюдается прежних расстройств поведения, так что их можно безопасно отпустить домой, обеспечив при этом дальнейшее амбулаторное лечение.

В последующие 6 месяцев лечением выбора для большинства пациентов с ПК является классическое пособие по купированию криза. В этот период медперсонал, участвующий в лечении таких пациентов, должен быть четко проинструктирован в отношении методов прерывания ПК; кроме того, он должен хорошо знать специфические симптомы и реакции (т. е. реакции жертв изнасилования, нападения и т. д.). Пациенты, у которых психопатические реакции сохраняются менее 6 недель или соответствующая симптоматика развивается с опозданием, могут требовать лечения криза, которое скорее напоминает короткий курс психотерапии. Это требует

лучшего знания теории личности, а также принципов и методов психотерапии.

Использование резкого эмоционального подъема

В кризисной ситуации пациенты имеют наибольшую степень эмоционального всплеска, что обычно побуждает их обратиться к врачу или принять врачебную помощь. Так что этот период предоставляет уникальную возможность доступа к хроническим личностным проблемам данного субъекта, которыми он неохотно делится в некритические периоды. Таким образом, именно в это время следует склонить пациента к проведению соответствующего лечения, которое будет воспринято им наиболее положительно.

Роль врача

Врач, осуществляющий мероприятия, направленные на купирование криза, должен быть достаточно активным и ответственным; к тому же он имеет немало помощников в отличие от обычного психотерапевта, который сохраняет определенную эмоциональную дистанцию, наблюдая пациента как бы "со стороны". Иногда, однако, возникает необходимость временного отступления от ориентированного на действие подхода, приходится замедлять их темп, усаживаться рядом с пациентом и беседовать с ним, чтобы лучше понять его проблемы.

Стандарты лечения

Американской ассоциацией суицидологов разработаны стандарты идентификации больных с ПК, которые опубликованы в Руководстве по сертификации стандартов. Эти стандарты используются различными службами, занимающимися предупреждением суицида, специализированными центрами по лечению ПК, а также в программах по неотложным поведенческим нарушениям. Кроме того, Американская ассоциация психиатров, занимающаяся вопросами принуждения при неотложной помощи, совместно с другими национальными организациями разработала руководства для служб неотложной психиатрической помощи в

госпиталях общего профиля, центров психического здоровья и многопрофильных больниц. В настоящее время не существует механизмов контроля или стимуляции внедрения этих стандартов в повседневную практику.

Основные положения и рекомендации по оказанию помощи при психических кризах

В настоящее время общеприняты рекомендации и принципы, приведенные ниже.

Воспринимать практически любую жизненную проблему, пока она существует, как потенциальный источник эмоционального криза.

Немедленная реакция ОНП; при этом часто используются телефоны, транспортировка пациента в то или иное учреждение или разговор с пациентом (по телефону).

Доступность неотложной помощи. Круглосуточная работа соответствующих учреждений; прием пациентов без особых затруднений или бюрократических проволочек.

Доброжелательность и доверительность. Для того чтобы любая программа помощи была эффективной и успешной, она должна, прежде всего, отвечать ожиданиям больного. Экспертиза даже самого высокого уровня не должна осуществляться, если пациент находит ее нежелательной. Так, например, некоторые жертвы насилия могут предпочесть консультацию у адвоката или в группе самопомощи и отказаться от лечения у профессиональных психиатров из-за боязни прослыть психически неполноценными. Подвергшиеся насилию женщины могут отказать от помощи консультантов по вопросам насилия ввиду их недостаточного опыта и знания специфических проблем, например, в такой уникальной области, как домашнее насилие.

Кратковременность вмешательства. Как показывает опыт, большинство психических кризов, так или иначе, разрешается в течение 6-недельного периода, поэтому более продолжительное наблюдение и помощь таким

пациентам вряд ли целесообразны. В противовес давно существующим положениям в традиционной психотерапии, очень кратковременное лечение (даже единственное собеседование с пациентом), если оно проводится достаточно компетентно, может принести больному значительное облегчение и улучшение его состояния. Так что даже очень непродолжительное вмешательство не должно рассматриваться как нечто незначительное по сравнению с традиционной психотерапией. Правильно подобранное кратковременное вмешательство может быть лечением выбора.

3. СТРЕССЫ, ИСПЫТЫВАЕМЫЕ МЕДПЕРСОНАЛОМ

Медперсонал, осуществляющий лечение при психических кризах, должен быть подготовлен к контактам с самыми различными пациентами: с очень трудными, беспокойными и даже неприятными индивидуумами; с лицами, хронически находящимися в состоянии психического криза, которые ожидают и требуют немедленного внимания к ним; с очень надоедливymi и прилипчивыми субъектами, пытающимися использовать клиническое учреждение для реализации контактов; с лицами, которыми манипулируют и используют с провокационными целями, которые не желают отвечать за свое поведение; с социально бессильными и беспорядочными субъектами, находящимися в состоянии фрустрации, которые с легкостью изливают накопившуюся в них злобу на любого представителя службы здравоохранения (системы психиатрической помощи, в частности). Медики, оказывающие неотложную помощь, особенно болезненно относятся к подобным пациентам, поскольку им предписывается сохранять приветливость и доброжелательность, т. е. играть роль заботливых и сочувствующих людей. Вознаграждением за этическое поведение является чувство собственной необходимости, вероятно, оцененное больными. Правда, вознаграждение и благодарность плохо ассоциируются с пациентами, описанными выше. Если персонал, контактирующий с подобными

пациентами, не осознает эти неприятные и опасные стороны своей работы, это может привести к определенным нарушениям в проведении лечения. Приведенные ниже тактические соображения и рекомендации могут помочь медперсоналу защитить себя, выбрав правильное поведение в критических ситуациях.

Необходимо отдавать себе отчет в собственных негативных чувствах по отношению к данному лицу и разряжать накопившееся раздражение небольшими "дозами", вместо того чтобы постоянного подавлять его.

Определить тип пациента, вызывающего у вас особые проблемы в силу вашего темперамента и жизненного опыта.

Не воспринимайте злость и враждебность пациента как личное оскорбление: в большинстве случаев они представляют безадресный разряд фрустрации или, возможно, на вас вымещается недовольство чем-либо другим.

Помните, что нежелательное поведение иногда бывает прямым результатом психического заболевания и не контролируется пациентом.

Воздержитесь от сверхактивных действий и героических усилий, направленных на спасение безвольных, зависимых или чрезмерно требовательных пациентов.

Если ваши лечебные планы расходятся с желаниями пациента, то не следует ожидать его содействия и благодарности.

Под вздорным, враждебным и высокомерным поведением пациента может скрываться страх, одиночество и закомплексованность.

Будьте самокритичны и признавайте ограниченность ваших возможностей в отношении оказания помощи; к тому же помните, что не для всякого больного вы располагаете всеми необходимыми (с его точки зрения) качествами, даже если он, по-видимому, ожидает их от вас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2015.
2. Медицина критических состояний. Общие проблемы. Зильбер А.П., Петрозаводск, издательство ПГУ, 2009 год