**Методические рекомендации для студентов**

**Тема занятия: «Наркомания»**

**Значение темы:**

В РФ катастрофическими темпами растет уровень заболеваемости наркоманиями. Особенно неблагоприятным является широкое распространение наркоманий среди подростков. За 10 лет отмечается увеличение уровня заболеваемости в 13 раз. В РФ самый высокий показатель наркоманов «со стажем». Согласно официальной статистике в настоящее время до 90% наркозависимых, состоящих на учете в наркодиспансерах, употребляют препараты опия, преимущественно героин. Исследования показывают, что среди наиболее предпочитаемых наркотиков среди молодежи оказываются препараты конопли. Проблемой инъекционного потребления ПАВ является заражение СПИДом. Широкое распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов вызвано использованием общих игл и шприцев, а также кустарно изготовленных наркотиков с добавлением инфицированной крови. Потеря контроля над сексуальным поведением приводит к активизации полового пути передачи парентеральных инфекций. Клинические данные показывают, что основным источником причинности подростковой наркомании является семья. А деструктивная реакция семьи на наркотизацию подростка только закрепляет употребление наркотиков.

На основе теоритических знаний и практических умений обучающийся должен

**знать:**

* основные клинические проявления патологического влечения к психоактивным веществам
* клиническую картину опьянения и абстиненции при опийной, кокаиновой и гашишной наркомании, а также барбитуровой и бензодиазепиновой токсикомании.
* клинические проявления и прогноз ургентных состояний в наркологии (передозировка опиатов, барбитуратов или транквилизаторов).
* понятие созависимости родственников наркологических больных.
* группы лекарственных препаратов, способных вызвать психическую и физическую зависимость.

**уметь:**

* выявлять состояния опьянения и абстиненции при болезнях зависимости от различных психоактивных веществ.
* оказать первую медицинскую помощь при передозировке психоактивных средств.
* организовать надзор и уход при основных ургентных состояниях в наркологии.
* обеспечить профилактику проноса психоактивных веществ в отделение.
* Обеспечить профилактику инфицирования медицинского персонала при проведения манипуляций с кровью больных, принимающих наркотики.
* выявлять у больных, принимающих психофармакологические средства, признаки формирующейся зависимости.

**овладеть ОК и ПК** :

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

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

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

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

**План изучения темы:**

1. **Контроль исходного уровня знаний**

Ответьте на вопросы:

1.Дать определение понятию наркомания.

2.Охарактеризуйте синдромологию наркоманий: синдром наркотического опьянения, синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости, синдром физической зависимости, синдром последствий хронической наркотизации.

3.Назовите основные клинические формы наркоманий.

4.Расскажите об основных принципах лечения наркоманий.

**2. Содержание темы**

Методические рекомендации к выполнению работы:

1. Обучающиеся работают со стандартами практической деятельности медицинской сестры в психиатрии и протоколами сестринского наблюдения и ухода: эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в виде агрессии; беспокойство, обусловленное абстиненцией.
2. Обучающиеся конспектируют алгоритмы оказания первой медицинской помощи при передозировке психоактивными средствами (Приложение 1).
3. Обучающиеся конспектируют медицинские рекомендации об особенностях профессионального общения медицинской сестры и пациента с наркотической зависимостью; по обучению созависимых оказанию помощи при неотложных состояниях в наркологии.
4. Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс по данной теме.
5. Обучающиеся, работая парами, решают кейсы по данной теме (Приложение 2).
6. Обучающиеся защищают на оценку выполнение кейса.
7. **Самостоятельная работа.**

-Законспектировать стандарты практической деятельности медицинской сестры в психиатрии;

-Протоколы сестринского наблюдения и ухода: эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в виде агрессии; беспокойство, обусловленное абстиненцией.

-Обучающиеся конспектируют алгоритмы оказания первой медицинской помощи при передозировке психоактивными средствами, суицидальном и аутоагрессивном поведении, героиновом абстинентном синдроме.

-Обучающиеся конспектируют медицинские рекомендации об особенностях профессионального общения медицинской сестры и пациента с наркотической зависимостью; по обучению созависимых оказанию помощи при неотложных состояниях в наркологии.

-Решить с преподавателем кейс с применением сестринского процесса.

-Решить самостоятельно кейсы с применением сестринского процесса.

1. **Итоговый контроль знаний.**

Тестирование (Приложение 3).

**5. Подведение итогов.**

**6. Домашнее задание:**

* Тема «Пограничные заболевания» Дифференцированный зачет по дисциплине” Сестринский уход при психических заболеваниях и наркотических состояниях»
* Конспект лекции. Учебник стр.334 - 356

**Литература:**

Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону : Феникс, 2012.- ( Медицина).

**Приложение 1**

**Неотложная медицинская помощь пациентам, страдающим наркоманией**

***Неотложное состояние – это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения безотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения пациента.***

### *Суицидальное  и аутоагрессивное  поведение*

### Часто обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.). Наиболее высокий риск суицида отмечается при меланхолических и ажитированных депрессиях (ажитированная депрессия является особой формой депрессивного расстройства психики, сочетающего в себе два обычно несовместимых направления симптоматики – тоску и тревожность. При ажитированной депрессии тревожно-тоскливое настроение сочетается с речевым и двигательным возбуждением).

### Суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая)).

     Реже суицидальное поведение может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными. Так же оно может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.

     В группе риска по суицидальному и аутоагрессивному поведению пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии ‒ это связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции.

     Возможно  несколько вариантов развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара:

* Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки.
* Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекции и др.).  
       Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им неотложной помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения, а в отделение милиции по месту проживания пациента должна быть направлена телефонограмма.

     В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). Если пациент активно высказывает суицидные мысли ‒ следует обсудить с ним возможность консультации психиатра, а при отказе от консультации необходимо провести психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

     При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), **забрать у пациента возможные орудия совершения суицида** (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и **организовать срочную консультацию психиатра**. При развитии психомоторного возбуждения (депрессивный раптус) – см. в соответствующем разделе – купирование возбуждения.

     При отсутствии явных признаков психотических  переживаний, при подозрении врача на демонстративно-шантажный характер суицидных действий следует обсудить состояние больного с психиатром (психиатром-консультантом стационара или дежурным психиатром СПП – по телефону).

**НЕДОПУСТИМО:**

* Оставлять больного с суицидальным поведением без наблюдения или под наблюдением соседей по палате, родственников или сотрудников охраны больницы.
* Наблюдение должен осуществлять врач или медсестра.
* Игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента.
* Сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующей тактики действий.
* Самостоятельно назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра.
* Игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере.
* Выписывать больных с суицидными и аутоагрессивными тенденциями без консультации психиатра.

### *Передозировка опиатов или опиоидов*

     Обычно передозировка наркотика встречается у героиновых наркоманов при внутривенном введении героина, реже при употреблении других опиатов и опиоидов.

     Нередко передозировка происходит после проведения курса лечения (снижение толерантности) или при приобретении больным наркотика в непривычном месте, так как продаваемый наркоторговцами порошок представляет собой героинсодержащую смесь произвольного состава с разной концентрацией наркотика.

     Часто к передозировке приводит совместное употребление наркотика с алкоголем, транквилизаторами и снотворными средствами

**Клиническая картина:**

* Нарастающее  выключение сознания
* Нарастающее угнетение дыхания (острая дыхательная недостаточность развивается по нескольким механизмам – угнетение дыхательного центра, специфическое для опиатов, нередко дополняется токсическим отеком легких из-за повреждения легочных капилляров компонентами наркотиксодержащей смеси)
* Артериальная гипотензия
* Резкий миоз (при глубокой коме и выраженной гипоксии сменяется мидриазом)

**Неотложная  помощь:**

**1)** **Оценить состояние больного** – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы внутривенных инъекций (следы подкожных инъекций при отсутствии следов внутривенных введений могут указывать не на наркоманию, а на сахарный диабет (!!!)), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота;

**2)** **При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания** **немедленно начать реанимационные мероприятия** (предпочтительна интубация трахеи

с механической вентиляцией т.к. она эффективнее и снижает риск передачи инфекции реаниматору, при невозможности интубации возможно проведение ИВЛ через воздуховод);

**3)** **Ввести больному внутривенно струйно последовательно 1 мл (400 мкг) налоксона, 40 мл 40% глюкозы и 4 мл тиамина («В1»).**

При отсутствии эффекта через 3-4 минуты ввести еще 1 мл налоксона.

При отсутствии эффекта введение налоксона можно повторять несколько раз с интервалом 3-4 минуты. При изолированной передозировке героина сознание должно быстро восстановиться

Если после введения 4 мл (1600 мкг) налоксона нет положительной динамики (восстановление адекватного спонтанного дыхания и сознания) следует подумать о других причинах развития комы.

**4) Госпитализировать пациента в отделение реанимации (интенсивной терапии)**

**Особенности:**

* Введение налоксона часто требуется повторять, т.к. его действие значительно короче, чем у героина и за периодом улучшения может последовать повторное развитие комы.
* По этой же причине пациента нельзя оставлять на месте без последующего наблюдения и необходимо госпитализировать.
* После полного выхода из отравления развивается героиновый абстинентный синдром – признак стойкого выхода из передозировки.

#### Героиновый абстинентный синдром

     В настоящем разделе методического  пособия героиновый абстинентный синдром (ГАС) рассматривается как пример синдрома отмены опиатов и опиоидов. Неотложная помощь при синдроме отмены, вызванным употреблением других опиатов и опиоидов, существенно не отличается от помощи при синдроме отмены героина.

* В отличие от больных алкоголизмом, больные героиновой наркоманией обычно не скрывают факт зависимости и сами настаивают на лечении абстинентного синдрома в том случае, если в силу каких-либо причин наркотик им недоступен.
* Абстинентный синдром имеет типичную клиническую картину, что в сочетании с данными анамнеза и объективного осмотра больного позволяет в короткие сроки установить правильный диагноз.
* Героиновые наркоманы обычно поступают в соматический стационар в связи с передозировкой наркотика или развитием хирургических гнойных осложнений (абсцессы, флегмоны, острый тромбофлебит и др.). Реже госпитализация может быть связана с бактериальным эндокардитом, сепсисом, обострением хронического вирусного гепатита, пневмонией, оппортунистическими инфекциями (СПИД) и др.
* Достаточно часто наркоманы самостоятельно обращаются в соматический стационар с целью облегчения тяжёлого синдрома отмены, симулируя при этом острое соматическое заболевание.

**Особенности ведения больных  с героиновым абстинентным синдромом (ГАС):**

* Если у пациента нет серьёзной сопутствующей патологии, препятствующей выписке – после оказания необходимой соматической помощи следует выписать больного с рекомендацией обратиться в районный наркологический диспансер или наркологический стационар в связи с
* трудностью и длительностью лечения ГАС (в отличие от больных с ААС, который достаточно легко можно купировать в соматическом стационаре).
* При наличии серьёзной соматической патологии, препятствующей выписке, пациент продолжает лечение в соматическом стационаре (или ПСО) под контролем психиатра (нарколога) – консультанта.
* ГАС отличается затяжным тяжёлым течением (по сравнению с ААС) – до 10-14 суток острых проявлений синдрома отмены.
* У героиновых наркоманов в подавляющем большинстве случаев (более 90%) имеется микст-вирусный гепатит; часто имеется ВИЧ – инфекция и СПИД (в т.ч. с оппортунистическими инфекциями), поэтому, в целях предупреждения заражения медперсонала, предпочтительно назначение препаратов перорально (если это возможно).
* Часто отмечаются явления политоксикомании (в т.ч. злоупотребление транквилизаторами, снотворными, димедролом, комбинированными барбитуратсодержащими и кодеинсодержащими препаратами) – в связи с этим обычно наблюдается **гипертолерантность** ко многим психофармакологическим препаратам, а так же к средствам для проведения общей анестезии.
* **Для героиновых наркоманов характерно криминальное поведение,** особенно в период острых проявлений ГАС.
* ГАС часто сопровождается выраженным психомоторным возбуждением.
* В силу вышеуказанных причин на период лечения необходимо обеспечить наблюдение за такими больными.

**Лечение:**

- **дезинтоксикационная терапия** обычно **не проводится** (если нет дополнительных соматических показаний) т.к. не улучшает состояние больного, но усиливает явления абстиненции.

- показано **применение транквилизаторов** в таблетках или внутримышечно дробно (Sol.Phenazepami 0,1% - до 10 мл/сут (таблетки до 10 мг/сут), Sol.Diazepami 0,5% - до 12 мл/сут (таблетки до 60 мг/сут)).

- **тиаприд** до 800 мг/сут в таблетках или в/м (2-3 приёма).

- **фенибут** – 2 таблетки утром и днём, 3 таблетки на ночь.

- **ненаркотические анальгетики (НПВС)** в таблетках или в\м (кетопрофен и диклофенак наиболее эффективны и обладают наиболее сильным действием) в обычных суточных дозах.

- **клофелин** – таблетки 0,075 мг – 2 таблетки три раза в день **под контролем** **артериального давления.**

- **поливитамины** перорально (обязательно с содержанием витаминов группы «В»).

- **трамадол** – 100 мг 2-3 раза в сутки в капсулах – относится к наркотическим анальгетикам, хорошо устраняет проявления ГАС. Однако, его применение сопряжено с рядом сложностей: замена героина на наркотический анальгетик противоречит принципу прекращения употребления наркотика, а попытка отмены трамадола в дальнейшем приведет к рецидиву синдрома отмены. В связи с этим его следует использовать лишь в тяжелых случаях, когда вышеуказанные препараты не дают значимого лечебного эффекта.

* С учётом тотальной распространённости вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции среди героиновых наркоманов предпочтение следует отдавать пероральному назначению большей части лекарств (хотя оно уступает внутримышечному по эффективности).
* Указанные препараты применяются совместно с учётом состояния больного (противопоказаний). К сожалению, даже после выполнения таких рекомендаций у больных сохраняются симптомы ГАС, больные навязчиво требуют повышения доз лекарственных препаратов, дают медперсоналу
* «рекомендации» по лечению – всё это требует терпения от врачей и медсестёр.
* Следует быть готовым к шантажному и криминальному поведению таких больных.
* **Важно проявлять строгость в работе с такими пациентами,** однако строгость не отменяет принципов гуманности и не должна выходить за рамки допустимого в отношениях «врач-пациент».
* Необходимо наладить с больным терапевтический контакт («лекарства не устраняют, но облегчают симптомы»; «лечение в обмен на соблюдение режима»).
* Нейролептики (кроме тиаприда) использовать крайне нежелательно – высокий риск тяжёлых побочных эффектов в сочетании с низкой эффективностью.
* В странах Западной Европы и Северной Америки в больницах «скорой помощи» широко применяются методики быстрого купирования ГАС (быстрая опийная детоксикация), имеющие ряд преимуществ и недостатков. В нашей стране в настоящее время подобные методики применяются только в специализированных наркологических клиниках у больных с неосложнённым ГАС.

**Синдромы химической зависимости**

У всех форм химической зависимости (алкоголизм, наркомании) имеются общие синдромы:

1.***Синдром наркотического опьянения*** – состояние, возникающее после приема ПАВ. Общий психический симптом – это эйфория. Клиника опьянения зависит от особенностей ПАВ.

2.***Синдром измененной реактивности*** включает: а) изменение формы потребления; б) изменение толерантности (**на высоте болезни подъем переносимости достигает максимума и превышает начальную дозу** в 5 раз у барбитуратов, в 10 раз у седативных, **в 100 раз у опиатов.)** Организм начинает **переносить многократно смертельные для здорового человека** **дозы);** в) исчезновение защитных реакций при передозировке (защитные реакции организма – это свидетельство передозировки: рвота при приеме алкоголя, зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приеме опиатов); г) изменение формы опьянения (снотворные и транквилизаторы не дают седации, кодеин не подавляет кашля, опий не вызывает запоров, алкоголь вызывает агрессию).

3.***Синдром психической зависимости***  включает в себя:

-**способность достижения состояния психического комфорта в состоянии интоксикации (отравления).** Без приема наркотика пациент ощущает дискомфорт.

-психическое влечение к психоактивному веществу.Постоянные мысли о наркотике. «Понимаешь, что вредно, опасно, но … хочешь». Внешний мир оценивается пациентом с точки зрения возможностей получения наркотика. Психическое влечение появляется рано (даже если раз «нюхнул», то и через годы вновь захочешь), сохраняется после исчезновения физической зависимости.

**4.*Синдром физической зависимости*** включает в себя:

-способность достижения состояния физического комфорта в состоянии интоксикации (отравления). Исчезает патологическая симптоматика. Но повышения настроения нет;

-влечение достигает уровня витальности (наркотик становится жизненно важным). «Плевать, что вредно». Возникает патологическая симптоматика: сухость во рту, потливость, дрожание рук и т.д., возможно помрачение сознания.

5.***Синдром последствий хронической наркотизации***

В течении любой формы зависимости присутствует прогрессирующее падение активности, угасание влечений, снижение сопротивляемости к внешним воздействиям, истощение. Психические нарушения идут поэтапно: этап снижения личности, этап психопатизации, этап деменции.

***Начавшаяся в подростковом возрасте и текущая более 3 лет героиновая наркомания приводит к быстрому формированию апатико-абулического синдрома*.**

***Основная проблема, вызванная наркологическими расстройствами:***

**Отсутствие сознания болезни и желания сотрудничать с медицинским персоналом.**

**Анозогнозией** называется неспособность понять болезнен­ный характер своего поведения и высказываний, отсутст­вие чувства болезни, полная потеря критики.

Бессмысленно пытаться переубедить больного в состоянии патологического влечения, настойчивость собеседника будет лишь раздражать его, уси­ливать в нем недоверие и враждебность. Правильнее подчеркнуть, что врачи и родственники являются союзниками больного, готовы убе­речь его от любой угрозы, что, видимо, он утомлен употреблением и нуждается в отдыхе и лекарственной поддержке.

Больному наркоманией следует рассказать о **синдроме последствий** **хронической наркотизации**: по мере прогрессирования заболевания депрессия сменяется дисфорией. Наркоманы истощены, формируется «облик наркомана» - бледность, ломкость ногтей, волос, кариес, гнойные поражения присутствуют в местах введения наркотика. Обязательны нарушения иммунитета, гепатиты В и С, диагносцируется ВИЧ. Часто полез­но обсудить отношения в семье, напомнить, что употребление наркотиков становится причиной разводов, неполучения образования, увольнений, профессиональных ошибок и правонарушений и тюремного заключения.

Другая причина отказа от сотрудничества ‒ это *чувство стыда* за свою болезнь. В обществе весьма распространено мнение, что наркомания дискредитирует человека, что наркоман не заслуживает доверия, что он нередко бывает сме­шон и жалок, а в иное время становится опасен. Все эти заблуж­дения указывают на полное непонимание сути психических забо­леваний, однако заставляют больного тщательно скрывать свои переживания не только от посторонних, но и от врачей. Особен­но скрытны бывают больные, если их переживания связаны с употреблением ПАВ, та­кими интимными темами, как венерические заболевания, ревность, неудовлетворенность своей потенцией, наличия ВИЧ-инфекции. Беседу на эти темы про­водят с глазу на глаз, присутствие посторонних (даже близких родственников) должно быть исключено. Если больной в доверительной беседе сообщает об этом персоналу, нужно спро­сить его, можно ли передать содержание беседы родственникам, убедить больного, что полноценная помощь возможна только в том слу­чае, когда родственники хорошо понимают больного и знают о всех его тре­вогах. Во всех случаях следует внимательно относиться к во­просам больного и избегать любого обмана, говорить уверенно и напоминать больному о том, что просьбы проноса наркотика не удовлетворяются.

Больные наркоманией стремятся к вызванному прие­мом наркотика состоянию блаженства (эйфории). Во всех этих случаях больные нередко заявляют, что не хотят лечиться, так как выздоровление лишает их всех удовольствий. Следует на­стойчиво разъяснять в беседе, что такое удовольствие приводит к тяжелым последствиям в будущем, нарушает все связи больного с обществом, заканчивается смертью.

**Что делать, если ребенок стал употреблять наркотики**

1. Не теряйте контакт.

Не отталкивайте ребенка от себя. Постарайтесь его заново узнать. Узнайте, что приносит ему радость, что его раздражает, чего он боится. Если Вы станете чужими друг для друга, то повлиять на ребенка будет трудно. Расскажите ему о своем состоянии. Объясните, что такое наркомания и почему для вас неприемлемо то, что он принимает наркотики. Как бы ни демонстрировал ребенок свою независимость, родители остаются для него авторитетами.

2. Будьте ближе.

Он должен чувствовать, что Вы его понимаете. Покупайте и изучайте книги о наркотиках и наркомании, консультируйтесь у нарколога. Нужно понимать современный молодежный язык. Выясните, какие наркотики чаще употребляются в вашем городе. Узнайте разницу между героином и кокаином, ЛСД и марихуаной и т.д. Выясните, что же все-таки употребляет Ваш ребенок.

Выясните эффект разных наркотиков, признаки употребления, картину передозировки, имейте представление о первой помощи в критических ситуациях. Накапливайте и анализируйте знания о наркомании. Проблема наркомании не имеет быстрого и легкого решения. Чем больше Вы будете в этом разбираться, тем меньше совершите ошибок.

3. Не позволяйте наркоману манипулировать собой.

Наркоманы - ловкие манипуляторы, их поведение строится на лжи и обмане ради добывания средств на дозу. Не спешите снабдить его приличной суммой, даже если он скажет, что его готовы убить из-за долга. Лучше выскажите пожелание лично встретиться с кредитором, чтобы попробовать урегулировать проблему.

4. Ваш дом - ваша крепость. В доме - без наркотиков.

Оставайтесь хозяином в Вашем доме. Должно действовать строжайшее правило - нельзя приносить домой наркотики, нельзя хранить, нельзя употреблять. Из дома лучше унести самые ценные вещи.

5. Не станьте созависимыми.

Психическое состояние родственников больных химической зависимостью обозначается термином «созависимость». **Созависимость - это поведение, поощряющее и вознаграждающее употребление ПАВ.** Происходит это двумя способами - жалеть, спасать и контролировать, обвинять.

**Психоактивное вещество** – вещество естественного или синтетического происхождения, способное влиять на работу ЦНС, меняя при этом состояние психики.

**Наркотик –** это вещество, занесенное в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ».

С юридической точки зрения далеко не все психоактивные вещества являются наркотиками: большинство транквилизаторов (реланиум, нозепам и т.п.), алкоголь, эфедрин, димедрол, кофеин, летучие токсические вещества. Об этих средствах говорят как о наркотически или токсически действующих веществах.

**Наркомания** – заболевание, характеризующееся развитием патологической зависимости от ПАВ, которая проявляется психическими и физическими страданиями при отсутствии вещества, вызвавшего ее формирование.

Люди, злоупотребляющие алкоголем, принимающие наркотические вещества, относятся к аддиктам (лицам с отклоняющимся поведением).

Термином ***«аддиктивное поведение»*** обозначается **одна из форм отклоняющегося (деструктивного) поведения,** т.е. поведения, **причиняющего вред человеку и обществу**.

Аддиктивное поведение (от англ. addiction – пагубная привычка, порочная склонность) выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ, что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

Употребление того или иного вещества принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции. Само размышление на тему принятия психоактивного вещества вызывает у аддикта чувство эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации.

**Классификация аддиктивного поведения**

***Химические аддикции*** – связаны с использованием в качестве аддиктивных агентов различных веществ, изменяющих сознание. Многие из этих веществ токсичны и могут вызывать органические поражения. Некоторые вещества, изменяющие [психическое состояние](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B5), включаются в обмен веществ организма и вызывают явления [физической зависимости](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9_%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8). К химическим аддикциям относят следующие:

* [**Алкогольная аддикция**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC)
* [**Наркомания**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F)
* [**Токсикомания**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F)

***Нехимические (поведенческие) аддикции* – аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не**[**ПАВ**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B2%D0%B5%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0)**. К нехимическим аддикциям относят следующие:**

* [**Гэмблинг**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%B0)
* [**Интернет–аддикция**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%82-%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C)
* [**Работоголизм**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC)
* [**Созависимость**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C)
* [**Ургентная аддикция**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A3%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)
* [**Религиозная аддикция**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A0%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)
* [**Социальная организация как аддиктивная фиксация**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D0%BA_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%84%D0%B8%D0%BA%D1%81%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)
* [**Шоппинг**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BE%D0%BF%D0%BF%D0%B8%D0%BD%D0%B3)
* [**Эротические аддикции**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8&action=edit&redlink=1)
* [**Любовные аддикции и аддикции избегания**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9B%D1%8E%D0%B1%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8_%D0%B8_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8_%D0%B8%D0%B7%D0%B1%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)
* [**Сексуальные аддикции**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8&action=edit&redlink=1)
* [**Со-сексуальная аддикция**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BE%E2%80%93%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)
* [**Киберпорно–аддикция**](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%B8%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%BE%E2%80%93%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1)

**Аддикции к еде – промежуточные аддикции, характеризующиеся тем, что задействуются непосредственно биохимические механизмы.**

* [**Анорексия**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F)
* [**Булимия**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F)

**Личностные особенности, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения**

Аддиктивное поведение характерно для людей с низкой переносимостью психологических затруднений, плохо адаптирующихся к быстрой смене жизненных обстоятельств, стремящихся в связи с этим быстрее и проще достичь психофизиологического комфорта. Аддикция для них становится универсальным средством бегства от реальной жизни.

**Симптомы аддиктивной личности**:

* Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.
* Скрытый [комплекс неполноценности](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81_%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8), сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.
* Внешняя [социабельность](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1), сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.
* Стремление говорить неправду.
* Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.
* Стремление уходить от ответственности в принятии решений.
* Стереотипность, повторяемость поведения.
* Зависимость.
* [Тревожность](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C).

По действию на психические функции человека **психоактивные вещества** **подразделяются** следующим образом:

***- вещества седативного, снотворного действия*** (опий и его производные – морфин, промедол, омнопон, героин и др., кроме кодеина; снотворные лекарственные вещества, средства для обезболивания и наркоза, транквилизаторы, алкоголь);

***- психостимулирующие средства*** (препараты амфетаминовой группы, кокаин, эфедрин, кофеин и их производные);

***- психодислептики***, или галлюциногены (каннабиноиды – гашиш, марихуана; мескалин, псилоцибин, диметилтриптоамин, ЛСД, летучие токсические вещества).

Все эти средства способны вызывать болезненную зависимость – при лишении человека вещества, которым он злоупотреблял, **развивается тягостное, мучительно психически и физически переживаемое состояние.** В таких случаях говорят о развитии заболевания.

**Кокаин** (психостимулирующее средство)

***Действие***

Через 2–3 приема – психическая зависимость, сильные и крайне неприятные «отходняки».

**У подростков привыкание к кокаину происходит после первого приема**!

Через месяц – «кокаиновые запои»: наркотик принимается несколько раз подряд.

Через 2–3 месяца – длительные депрессии при отсутствии дозы.

Через шесть месяцев – «кокаиновые психозы» с бредом преследования и паранойей, галлюцинации (ощущение, что под кожей ползают насекомые).

Через год – преждевременное старение, кожа становится дряблой, приобретает желтый оттенок.

Через два года – слабоумие.

***Признаки острого отравления*** (опьянения)

- расширенные зрачки;

- сильная дрожь;

- повышенная температура;

- ускоренное дыхание, увеличение сердцебиений;

- быстрый темп речи, речь невнятная, многоречивость, возникает неуправляемое желание общаться, речь сопровождается криками и обильной жестикуляцией;

- бледность кожных покровов;

- поверхностные суждения;

- навязчивость к окружающим (неразборчивость в выборе собеседника);

- излишняя двигательная активность, нецеленаправленная суетливость, потребность в движении в сочетании с нарушенной координацией приводит к падениям, травмам.

***Признаки лишения психостимуляторов***

Наступают через 8-10 часов после последнего приема кокаина: наступает выраженная вялость, острое влечение к кокаину.

Спустя еще 4-6 часов раздражительность сменяется брутальной злобой, появляется головная боль, сердечные дизритмии, исчезает аппетит. Состояние тяжелой дисфории длится 3-6 дней (дисфорический этап абстиненции). Через 3-6 дней дисфория сменяется депрессией, появляются суицидальные мысли. В ночной период влечение к кокаину обостряется. Длительность депрессивного этапа абстиненции составляет 2-3 недели, затем наступает астено-депрессивный этап, который продолжается 3-4 недели. Пациенты в этот период жалуются на упадок сил, постоянную усталость, отсутствие каких-либо желаний. Длительность абстиненции 1,5-2 месяца.

***Причины смерти***

Остановка дыхания. Остановка сердца, инфаркт. Острая почечная недостаточность. Острая печеночная недостаточность.

Некроз поджелудочной железы.

Травмы, несовместимые с жизнью, полученные в состоянии психоза.

**Стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента**

Сестринская проблема *приоритетная*: психомоторное возбуждение.

Планирование вмешательств.

*Краткосрочная цель*: у пациента не будет психомоторного возбуждения в течение трех дней.

*Долгосрочная цель*: к моменту выписки из стационара у пациента не будет психомоторного возбуждения.

Реализация вмешательств.

1.По назначению врача-психиатра применить МФС (меры физического стеснения с использованием специальных фиксационных ремней – широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани).

По назначению врача ввести инъекции антипсихотических средств: аминазин, галоперидол, тизерцин, дроперидол и др.

2.Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

3.При необходимости организовать около пациента круглосуточный индивидуальный пост.

4.Проводить измерение АД и PS каждые 3 часа и фиксировать полученные данные в сестринском дневнике динамического наблюдения.

5.Осуществлять динамическую оценку психического и соматического состояния пациента за смену записью в журнале наблюдения.

6.Обеспечить пациента калорийной, легкоусвояемой пищей и витаминизированным питьем, в соответствии с врачебными наблюдениями.

7.Следить за естественными отправлениями пациента и в случае необходимости предоставить ему утку или судно.

8.При стабилизации психомоторной сферы сообщить об этом врачу, по его назначению освободить пациента от фиксационных ремней, продолжая осуществлять за ним непрерывное наблюдение.

9.Вести мониторинг психомоторной сферы, отражая полученные данные в журнале наблюдений и сестринском листе динамического наблюдения.

10.При всех дальнейших изменениях в психическом состоянии пациента немедленно сообщать лечащему или дежурному врачу.

**Алгоритм НМП при психомоторном возбуждении**

**-** строгий надзор;

**-** изоляция пациента;

**-** соблюдение мер безопасности для больного и окружающих;

**-** исключение доступа к оружию, транспортным средствам;

**-** Аминазин 2,5%-3,0 в/м с обязательным введением кордиамина 2,0 в/м и контролем АД

или Тизерцин 2,5%-3,0 в/м

или Галоперидол 0,5%-2,0 в/м

Реланиум 2,0 в/м

**Показания для неотложной госпитализации в наркологический диспансер**

**-**опьянение тяжелой степени, вызванное употреблением алкогольных напитков, суррогатов алкоголя и других ПАВ;

-состояние тяжелой абстиненции, вызванной употреблением алкогольных напитков, суррогатов алкоголя или наркотических средств;

-алкогольные или интоксикационные психозы, а также другие психотические состояния вследствие употребления ПАВ.

**Приложение 2**

**Кейс 1**

Больной Стулов Константин Александрович, 18 лет, единственный ребенок в семье. Родители разведены. Причиной развода было систематическое пьянство отца. Мать растила сына с помощью бабушки. В семье удовлетворяли каждую просьбу ребенка. Поощрялись все интересы мальчика: то он посещал спортивную секцию, то переключался на компьютер, то целыми днями ходил с плеером, слушая прогрессив-хаос. С 5-го класса все свободное время проводил во дворе со сверстниками. В 13 лет начал курить, в 14 лет пить пиво. С 14 лет попробовал марихуану. В последующем курил «травку». В 16 лет дилер предложил купить героин. В группе друзей употребил наркотик, но получил неприятные впечатления. После окончания школы поступил в ВУЗ. Там стал дружить со студентами, имеющими опыт употребления героина. Через 3 месяца (в компании сокурсников) начал регулярно вводить внутривенно героин. Брал деньги у матери, придумывая различные предлоги (чтобы купить джинсы, сходить с девушкой в кино). Вскоре из дома начали исчезать деньги, отложенные на расходы. В институте накопились задолженности. Появилась новая привычка мыться в ванной по 2 часа. Однажды мать обнаружила на полке в ванной закопченную ложку. И после консультации с наркологом перестала выдавать сыну деньги, сказав ему о своих подозрениях. И сын был вынужден признаться матери в употреблении наркотика, попросить помощи.

При осмотре: заторможен, равнодушен к ситуации поступления в стационар. Жалуется на неспособность прекратить употребление героина из-за «ломки». Просит помочь ему пережить ломку, считая, что дальше сможет держаться сам. Мотивировка отказа: «Надоело». Речь больного изобилует сленгом наркоманов («сижу на системе», «мутить», «кумарить», «торчки», «приход», «волокуша»). Кожные покровы бледные, резкий миоз. На поверхности левого предплечья характерные «дорожки» в виде пигментации и уплотнения вен - следы множественных внутривенных инъекций. Последнюю инъекцию сделал за 1 час до поступления.

**Задания:**

1.Перечислите симптомы наркотического опьянения (острой интоксикации) после приема опиоидов (героина) и каннабиоидов (марихуаны).

2.Охарактеризуйте синдром психической зависимости при употреблении опиоидов и каннабиоидов.

3.Назовите симптомы абстинентного синдрома (физическая зависимость, состояние отмены) при употреблении опиоидов и каннабиоидов.

4. Охарактеризуйте синдромологию химической зависимости.

5.Назовите основные психологические проблемы, вызванные зависимостью от ПАВ (психоактивных веществ: героина и марихуаны). Осуществите помощь больному.

6.Проведите беседу с родственниками больного.

**Кейс 2**

На прием обратилась мать с дочерью в возрасте соответственно 35 и 15 лет. Семья состоит из 3 человек, третий член семьи – муж и отец обратившихся женщин. Все проживают в особняке Подмосковья. Глава семьи занимается серьезным бизнесом, мало бывает дома. Дочь учится в 9 классе, мать не работает. Три года назад один из охранников дома угостил мать и дочь кокаином, после чего они стали употреблять наркотик отдельно друг от друга (мать сразу же, дочь употребляет систематически 5 месяцев). Мать о наркотизации дочери узнала от врача скорой помощи, которого вызвали, когда «девочке стало плохо» (на следующее утро после увольнения по собственному желанию охранника, продававшего кокаин): исчезли сон и аппетит, появились «перебои» в сердце, в своей комнате дочь перебила вазы, порезала свой дорогой кожаный плащ, избила мать за то, что последняя не дала денег. В беседе с врачом мать не беспокоилась о дочери, а только о том, что ее хочет отравить муж, «посыпая все вещи и мебель в доме землей с могил». Мать была ажитированной, постоянно оглядывалась на дверь, говорила шепотом, высказывала бредовые идеи преследования, отравления, воздействия. Дочь врачу заявила, что у мамы «слетела башня» и что никакой земли в их доме нет, разве что может быть пыль с мебели. В отношении себя критики не проявляла, заявив, что без кокаина учиться не будет, т.к. он делает ее умной, талантливой, гениальной. Всех, кто не употребляет кокаин (в том числе и учителей) считает неудачниками, которые ей завидуют. На самом деле девочка стала учиться крайне плохо и прогуливала занятия.

**Задания:**

1.Охарактеризуйте понятия: психоактивное вещество, наркотик, аддиктивное поведение (классификация аддикций, симптомы аддиктивной личности), наркомания. Назовите классификацию ПАВ по действию на психическое состояние.

2.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз матери. Определите ее нарушенные потребности и проблемы. Составьте план сестринских вмешательств с мотивацией. Составьте алгоритм неотложной помощи. Определите стадию наркомании. Назовите показания для неотложной госпитализации в наркологический стационар.

3.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз дочери. Определите ее нарушенные потребности и проблемы. Составьте план сестринских вмешательств с мотивацией. Определите стадию наркомании.

4.Расскажите об уходе и лечении при наркомании.

**Кейс 3**

Михаил Белов, 16 лет. Наследственность не отягощена. Посещал детский сад, легко адаптировался в детском коллективе. В школу пошел вовремя, успевал хорошо. В 12 лет его «как будто подменили»: совершенно потерял интерес к учебе, начал пропускать уроки без уважительных причин. Был замечен на мелких кражах денег из дому. Родители строго контролировали его посещения школы, однако к урокам он не готовился, демонстративно отказывался отвечать на вопросы учителей. Во время обучения в 8-м классе познакомился с Николаем, 18 лет, ранее судимым за хулиганство и с удовольствием стал проводить время в асоциальной компании. В этот период начал употреблять наркотические вещества. Молотый мак употреблял 2-3 раза в неделю по 1 столовой ложке. Затем увеличил дозу наркотика. К моменту госпитализации употреблял молотый мак по 3 столовые ложки до 5 раз в неделю. Несколько раз вводил себе наркотик внутривенно. В «сочинении» на тему «Как я стал наркоманом» о своем состоянии писал: «Вначале мне было просто приятно, хорошо, ни о чем не хотелось думать. Когда я не принимал наркотик, я боялся, что накажут родители, будут кричать в школе. Когда я принимал наркотик, мне было все равно. Потом мне нужно было увеличивать дозу, иначе было не так приятно. Таблеток я принимать не хотел, они только дурят голову. Вскоре я понял, что у меня появилось желание употреблять наркотики чаще. Я понял, что становлюсь наркоманом, но лечиться не хотел, боялся родителей. Еще больше я боялся своих друзей-наркоманов, которые обещали убить меня, если я что-то расскажу». Через некоторое время был задержан во время профилактического рейда милиции. У него был обнаружен шприц. Михаила поставили на учет к наркологу и направили на стационарное обследование. Во время прохождения обследования отмечались повышенная возбудимость, вспыльчивость, был развязен, держался без чувства дистанции. Часто употреблял жаргонные выражения. Некоторое время пытался отрицать наркотизацию. При установлении более тесного контакта с врачом дал адекватную информацию, написал обстоятельное «сочинение» об употреблении наркотиков, которое цитировалось выше. Легко вступал в контакт с другими наркоманами, находящимися в отделении, претендовал на лидерство. Признаки абстиненции не отмечены. В то же время не отрицал, что иногда испытывает желание потребить наркотик, часто вспоминает о пережитом состоянии наркотического опьянения. Ситуацию оценивал легко, утверждал, что без труда откажется от наркотиков, будет учиться и работать.

**Задания:**

1. Дайте характеристику особенностей психических расстройств при данном заболевании.

2.Сформулируйте проблемы пациента и составьте план ухода за пациентом с мотивацией каждого этапа.

3.Составьте беседу для медсестер наркологического отделения на тему «Безопасность пациентов».

**Кейс 4**

Павел Никифоров, 16 лет. Наследственность не отягощена. В детстве рос и развивался нормально. С 3 лет посещал детский сад, легко адаптировался в детском коллективе. В школу пошёл в 7 лет. В 4-м классе успеваемость снизилась. В классе образовалась группа детей, нарушающих дисциплину, «срывающих» уроки. Поведение Павла ухудшилось, дрался со сверстниками. Много времени проводил на улице, играл в футбол. В конце 8-го класса Павел начал «гулять»: ночью ходил по городу в компании делинквентных подростков, вступал в драки со случайными прохожими, «забирали мелочь», лазили в чужие сады, стал не ночевать дома. В это время впервые познакомился с наркотиками. В компании подростков курил « план», один раз принял таблетки «радика» (радедорма). Изредка употреблял водку. С 15 лет начал колоться самодельным экстрактом опия ‒ так называемой «ханкой». Сразу же выделил этот наркотик среди других, прекратил употребление гашиша и снотворных таблеток. Вводил себе «ханку» практически ежедневно, ориентировочная доза ‒ 2-3 мл раствора. На протяжении полутора лет доза возросла. Несколько раз на протяжении этого периода «обрывал» приём наркотика. Ведущим мотивом прекращения наркотизации был так называемый «труханец» ‒ знобило, поднималась высокая температура. В течение нескольких суток испытывал умеренные явления абстиненции ‒ «крутило ноги».

При поступлении: по ходу вен предплечий ‒ множественные следы от внутривенных инъекций различной давности. Тоны сердца несколько приглушены. Выявляется болезненность при пальпации в области правого подреберья. Язык обложен коричневым налётом. Психический статус: правильно ориентирован, при общении теряет чувство дистанции. Комментируя наличие следов от инъекций по ходу вен, заявил, что его «искусали комары, из вены кровь слаще». Рассказал, что его беспокоят абстинентные явления. В течение недели наблюдался развёрнутый абстинентный синдром с выраженными нейровегетативными желудочно-кишечными расстройствами, диссомнией (нарушение сна, бессонница).

**Задания:**

1. Дайте характеристику особенностей психических расстройств при данном заболевании.

2.Назовитестандарт практической деятельности медицинской сестры в наркологии при ГАС.

3.Составьте беседу для медсестер наркологического отделения на тему «Передозировки героином».

**Кейс 5**

Нина Абакумова, 17 лет. Наследственность не отягощена. В раннем возрасте развивалась удовлетворительно. В возрасте 15 лет перенесла вирусный гепатит. В школе училась посредственно, интереса к учебе не проявляла. По характеру всегда была вспыльчивой, раздражительной. Воспитывалась в конфликтной семье в атмосфере гипоопеки. С 16 лет стала жить отдельно от родителей под присмотром бабушки. Близко сошлась с 25-летним наркоманом, который привлек ее к наркотизации. Вначале курила гашиш, через несколько месяцев «попробовала из любопытства» маковую соломку с таблетками ноксирона. Примерно через неделю после этого ввела себе внутривенно самодельный экстракт опия («ханку»). Первое время делала внутривенные инъекции 3 раза в неделю, затем перешла на ежедневный прием опиатов. Через полгода она уже не могла обходиться без наркотиков, испытывала боль в суставах, мышцах, животе, мучительное желание вновь «уколоться». Не имея возможности употребить опий (исчезло сырье для приготовления препарата), по совету друзей стала вводить самодельный фенамин. Делала себе по 2 инъекции в сутки. После 7-й инъекции, когда больная ввела себе дозу в 2 раза больше предшествующей, на фоне наркотического опьянения появились необычные переживания: видела, как на иконе, висящей над ее кроватью, ожил Иисус Христос и приказал ей покончить с собой. Изменилось поведение: на обращение окружающих не отвечала, неадекватно улыбалась, смотрела прямо перед собой, иногда застывала в неудобных позах. В связи с неадекватным поведением госпитализирована по неотложным показаниям.

При поступлении: кожа бледная, в области локтевых сгибов, по ходу вен предплечья -множественные следы инъекций. Вены местами склерозированы. Тоны сердца звучные, PS 116 ударов в минуту, АД 125/80 мм. рт. ст. Психическое состояние: контакт с больной невозможен, на обращенную речь не реагирует. В течение первых часов пребывания в отделении ни с кем не общалась, не отвечала на вопросы. Наблюдались явления каталепсии.

Позднее больная рассказала, что в этот момент испытывала полное успокоение, блаженство, мысли замерли и остановились. Испытывала ощущение полета «сквозь пространство, вроде перенеслась в какие-то другие миры». После инъекции галоперидола на фоне перфузии 400 мл гемодеза больная заснула. На следующий день спала до позднего вечера. В течение 3 дней отмечалась сонливость, крайняя неустойчивость аффекта, склонность к эксплозивным реакциям.

**Задания:**

1. Дайте характеристику особенностей психических расстройств при данном заболевании.

2.Сформулируйте проблемы пациентки и составьте план ухода за пациенткой с мотивацией каждого этапа.

3.Составьте беседу для медсестер на тему: «Профилактика суицидальных тенденций у психических больных».

**Кейс 6**

Сергей Шульга, 17 лет. Родители ‒ колхозники, из среды старообрядцев, глубоко религиозны, грамотны, но «читают только божественное». Младший из 5 детей. Старшие братья имеют свои семьи и живут отдельно, один из братьев злоупотребляет спиртными напитками.

В детстве рос и развивался нормально. Воспитание по типу «доминирующей гиперпротекции» (это стиль воспитания, при котором у ребенка, можно сказать, отнимают собственную волю. Доминирующая гиперпротекция играет главную роль в формировании инфантильных, закомплексованных личностей. Для этого вида гиперопеки характерно ограничение сферы деятельности ребенка, постоянное накладывание запретов, ограничение самостоятельности. Каждое движение ребенка контролируется, любая мелочь обрастает правилами и все это ‒ серьезный психологический прессинг, и не каждый ребенок может его выдержать. При доминирующей гиперопеке способности, умения ребенка занижаются ‒ в целях «безопасности» и контроля. В итоге ребенок действительно оказывается неспособен выполнять подчас элементарные для своего возраста задачи, так как растет в убеждении что он «ещё маленький» и «сделает не так»).

Родители следили за поведением сына, заставляли строго соблюдать религиозные обряды, пытались помешать ребёнку пойти в школу.

Рос замкнутым, обидчивым. Посещает школу с 8-летнего возраста. Успевал хорошо, однако в классе был предметом насмешек, так как не скрывал веры в бога, не вступал в пионеры. С 5-го класса адаптация мальчика в школе улучшилась, имел несколько товарищей также из старообрядческих семей, учителя «перестали придираться».

Окончил 8 классов, затем закончил курсы шоферов по линии ДОСААФ, работал в колхозе. Летом познакомился с какими-то «городскими парнями», которые приехали в село « покупать иконы и старые книги». По их совету впервые попробовал гашиш. После первого же употребления испытывал

приятные чувства, веселье, легкое течение мыслей. В дальнейшем стал курить гашиш регулярно 2 раза в неделю, по выходным дням. Курил всегда в одиночестве, уходил на берег реки. При употреблении гашиша ощущал лёгкость, чувство единения с природой, оживление религиозных переживаний детства.

Вскоре был задержан при попытке заготовить листья конопли для изготовления наркотика. Направлен на обследование. При обследовании был избирательно общителен. Не скрывал употребления гашиша. Не знал о том, что гашиш ‒ наркотик, не знал жаргонных обозначений гашиша. Интеллектуальное развитие соответствовало возрасту. Признаков абстиненции не отмечалось.

**Задания:**

1. Дайте характеристику особенностей психических расстройств при данном заболевании.

2.Составьте таблицу

Дифференциально-диагностические признаки зависимости (алкогольной, наркотической).

3.Составьте беседу для родителей о профилактике наркомании.

**Кейс 7**

Олег Кравец, 15 лет. Отец злоупотреблял алкоголем, оставил семью, когда сыну было 1,5 года. Раннее развитие без особенностей. В школу пошёл вовремя, учился посредственно, был контактен, имел много знакомых. Ещё обучаясь в школе, попал в компанию, где употребляли наркотики. Для их приобретения нужны были средства, которые подростки добывали, занимаясь грабежом на улицах. В 1985 г. был арестован и осуждён по статье 229 УК УССР с отсрочкой исполнения приговора. Был помещён в больницу для прохождения лечения по поводу наркомании.

Впервые попробовал гашиш в возрасте 13 лет. Почти сразу перешёл на систематический приём наркотика, курил почти ежедневно по 2-3 папиросы в день. В возрасте 15 лет впервые попробовал принимать внутрь ноксирон, радедорм, барбамил. Состояние опьянения больной описывает следующим образом: через 30-40 мин после приёма таблеток ощущается «удар в голову», после этого появляется чувство легкости, приподнятости, прилива энергии. При этом отмечались повышенная раздражительность, вспыльчивость, агрессивность. Часто в состоянии опьянения вступал в ссоры с окружающими, проявлял агрессивность по отношению к матери, иногда бросался на неё с кулаками, угрожал топором. При осмотре: рост средний, кожа бледная, с землистым оттенком.

Психическое состояние: больной охотно вступает в контакт, на вопросы отвечает подробно, по поводу своей наркотизации даёт лживые ответы. На следующий день у больного были отмечены признаки абстиненции: резкая вспыльчивость, непоседливость. Ночь практически не спал. К вечеру следующего дня был возбужден, порывался бежать, стал высказывать опасения, что его должны забрать из больницы в тюрьму. Речь невнятная, быстрая. Около 10 ч вечера позвал дежурную сестру, которой рассказал, что в соседнем помещении собралось несколько человек, «все одетые в темные капюшоны», которые должны его отсюда увезти, «видел» за окном зависший в воздухе вертолёт, «слышал» доносящиеся оттуда команды. Нарушилась ориентировка: не понимал, где находится, считал, что участвует в какой-то секретной операции, окружающих больных принимал за разведчиков.

**Задания:**

1. Дайте характеристику особенностей психических расстройств при данном заболевании.

2.Сформулируйте проблемы пациента и составьте план ухода за пациентом с мотивацией каждого этапа.

3.Используя презентацию «Лечение психических расстройств», проведите беседу для «медсестер отделения».

**Приложение 3**

**Тестовый контроль по теме: «Наркомания»**

Выберите среди слов, заключенных в скобки, наиболее подходящие по смыслу.

1. Принадлежность того или иного вещества к группе наркотических средств определяется (его химическими строением, его физиологическим действием, способностью вызывать эйфорию, юридическими документами).
2. К наркоманиям НЕ относят зависимость от (морфина, кофеина, кокаина, гашиша).
3. К диагностическим признакам заболеваний, обусловленных зависимостью от психоактивных веществ, НЕ относят (повышение толерантности, абстинентный синдром, психозы по типу делирия, деградацию личности).
4. Чрезмерный интерес к поиску психоактивного вещества, навязчивые мысли о предстоящем его употреблении являются признаком (психической зависимости, физической зависимости, изменение толерантности, деградация личности).
5. Клинические признаки алкогольного опьянения становятся заметны при концентрации алкоголя в крови свыше (0,1; 0,3; 0,5; 1,5) г/л.
6. Признаками патологического опьянения является (нарушение координации движений, агрессивные действия, помрачение сознания, судорожный припадок).
7. Признаком II стадии алкоголизма является (повышение толерантности, истинные запои, палимпсесты, абстинентный синдром).
8. Алкогольный абстинентный синдром НЕ проявляется (снижением аппетита и тахикардией, тошнотой и рвотой, сонливостью и снижением АД, тремором и эпилептическими припадками).
9. Регулярное употребление алкоголя на протяжении нескольких дней или недель, при котором короткие периоды трезвости обусловлены только ситуационными факторами называет («плато толерантности», псевдозапоями, истинными запоями, блэкаутами).
10. Частым неврологическим проявлением III стадии алкоголизма является (полинейропатия, децеребрационная ригидность, спастический паралич, гемипарез).
11. К симптомам алкогольного делирия НЕ относят (истинные галлюцинации, парейдолические иллюзии, каталепсию, помрачение сознания, психомоторное возбуждение).
12. Лечение больных от алкоголизма возможно (только с согласия больного, при наличии письменного заявления родственников, по направлению из милиции).
13. При выраженном алкогольном абстинентном синдроме больной нуждается в (фиксации мягкими ремнями, обильном питье и смене белья, назогастральный зонд).
14. К опиатам относится (кокаин, амфетамин, циклодол, морфин).
15. К признакам интоксикации опиатами НЕ относят (тахикардию, сужение зрачка, бледность кожи, запор).
16. Абстинентный синдром при героиномании проявляется (брадикардией, сужением зрачка, сонливостью, болью в пояснице).
17. Интоксикация кокаином проявляется (повышением аппетита, сужением зрачка, повышением АД, сонливостью).
18. При лечении зависимости от барбитуратов ПАВ (отменяется одномоментно, заменяется на клофелин, отменяется путем постепенного снижения дозы).
19. Типичной проблемой, связанной с уходом за больными, зависимыми от ПАВ, является (пассивность и безынициативность пациента, тревога и подозрительность, высокая частота инфекционных заболеваний).
20. Важным элементом ухода при опийной абстиненции считают (физическое упражнения и холодный душ, изоляцию и надзор, насильственное кормление и дачу кислого питья).