**ГОУ ВПО Северный государственный медицинский университет**

**Институт сестринского образования**

**Факультет Высшего сестринского образования**

**Кафедра сестринского дела**

**Контрольная работа по дисциплине**

«Сестринское дело в психиатрии»

Тема А: «Права лиц, страдающих психическими расстройствами».

Б: «Мышление: свойства мышления, количественные расстройства»

**Выполнила**: студентка IV курса 1 группы

Воложанинова Лариса Михайловна

Специальность: 060104

«Сестринское дело»

**Архангельск**

**2009**

**Оглавление**

Введение

1. Права лиц, страдающих психическими расстройствами на основании статей закона «О психической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

2. Понятие мышления. Свойства мышления

3. Количественная патология мышления

Список использованной литературы

**Введение**

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности; учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку; отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства; принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина, Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

В основе закона «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» лежат постановления, согласно которым при оказании психиатрической помощи не должно ущемляться достоинство больного. Также данный закон регламентирует порядок проведения психиатрического освидетельствования. В данной работе все права пациентов представлены статьями данного закона.

1. **Права лиц, страдающих психическими расстройствами**

#### Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

* уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
* получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
* психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
* содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
* все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
* оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
* предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;
* приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
* помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

#### Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей - психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

#### Статья 12. Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача - психиатра.

#### Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

* обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;
* подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
* встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;
* выписывать газеты и журналы;
* получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
* получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

* вести переписку без цензуры;
* получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
* пользоваться телефоном;
* принимать посетителей;
* иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

**2. Понятие мышления. Свойства мышления**

Мышление – психический процесс обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений и их внутренних взаимосвязей. Человеческое мышление невозможно без речи и имеет свои логические формы: понятия, суждения, умозаключения.

***Типы мышления*** - определяются различными сочетаниями свойств и качества мышления.

**I** **Наглядно-действенное**(конкретное) - отражение связей между предметами и явлениями, непосредственно включенных в практическую деятельность человека, для решения конкретных задач.

**II** **Образное** (визуализированные представления) - оперирование образами предметов и явлений, которые в прошлом включались в деятельность (обобщающие возможности не высоки).

**III** **Абстрактно-логическое**(теоретическое) - оперирование абстрактными понятиями, установление закономерностей, причинно-следственных связей на основании "теоретических" построений.

**IV Другие частные разновидности.**

***Свойства мышления*:**

1) *непрерывность*;

2) *осознаваемость и неосознаваемость;*

3) *скорость протекания мыслительных процессов* - количество ассоциаций за единицу времени;

4) *подвижность и/или гибкость* - способность найти нужную ассоциацию в быстро меняющихся условиях;

5) *полнота мышления* (объем) - обеспечивается широтой и глубиной, → от которой зависит критичность;

6) *логичность мышления* - способность строить суждения из умозаключения, согласно законам логики (с учетом внутренней закономерности);

7) *доказательность* - способность доказывать и обосновывать суждения, умозаключения и принятое суждение.

Принятие решения - этап волевого акта, после наступает деятельность;

8) *последовательность* (координированность) - подчинение внутренней целесообразности;

9) *связность мышления* - способность установления логических связей в последовательной цепи ассоциаций;

10) *целенаправленность* - направление мышления, сохранение в течение необходимого времени подчиненности направления ассоциативного процесса, определенной задаче. В патологиях это триединство может нарушаться в разных соотношениях;

11) *речь* - это внешнее выражение мышления, т.е. свойством мышления является грамматическая стройность – внутреннее или внешнее выражение ассоциативного процесса в определенной форме, согласно законам филологии соответствующего языка;

12) *критичность мышления* - умение адекватно оценивать результаты собственной ассоциативной, мыслительной деятельности;

***Дополнительные свойства мышления:***

1. *экономичность* - выполнение мыслительной деятельности (задачи) с помощью наименьшего числа ассоциаций;
2. *самостоятельность* - независимость от др. мнений в принятии решений и в возможности получения правильного ответа;
3. *находчивость* - умение быстро найти способ решения мыслит. задачи (коррелирует с быстротой течения ассоциаций);
4. *оригинальность* - способность принимать нестандартные решения (индивидуальность и неординарность выбора);
5. *остроумие* - способность к необходимым, нестандартным умозаключениям на основе скрытых от других смысловых связей (коррелирует с быстротой, глубиной, подвижностью);
6. *пытливость* - стремление добраться до истоков (причин);
7. *любознательность* - стремление охватить наибольшее число предметов и явлений.

**3. Количественные нарушения мышления**

Патология мышления делится на две большие части:

1. патология количественная
2. патология качественная.

К количественной патологии относятся ускоренное мышление и замедленное.

1. Ускорение мышления характерно для маниакальных и гипоманиакальных состояний различного генеза и наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, а также при маниоформных состояниях экзогенного происхождения, иногда при шизофрении, главным образом в дебюте и при циркулярной ее форме. На первый план при ускорении мышления выступают нарушения его динамики, проявляющиеся в лабильности суждений. Характерны быстрое, облегченное возникновение и смена мыслей. Суждения больных при ускоренном мышлении отличаются поверхностностью, объектом мышления становится любой предмет, на который больной обратил внимание.
   * При значительном ускорении мышления говорят о скачке идей - мысли так быстро сменяют друг друга, что со стороны это воспринимается как непрерывный словесный поток. В то же время при скачке идей в отличие от шизофренической разорванности нетрудно все же уловить последовательность мыслей и их, хотя и весьма поверхностную, взаимосвязь. Лишь в случаях крайне резкого ускорения мышления наблюдатель утрачивает способность улавливать переходы между отдельными мыслями. В этих случаях говорят о маниакальной (вихревой) спутанности. Ускоренное мышление в силу своей неустойчивости характеризуется легкой утратой объекта рассуждения. Речь при скачке идей отражает хаотичность и повышенную изменчивость целенаправленности мыслительных процессов, высокую отвлекаемость больного. При ускоренном мышлении больные не останавливаются на отдельных идеях, их суждения поспешны, непродуманны, односторонни, поверхностны. Ускоренное мышление в целом поверхностное, непоследовательное. При психологическом исследовании такие непродуманные, поспешные суждения больных легко корригируются при указании обследуемому на допущенную ошибку. Исключение составляют случаи гневливой мании, когда больной резко отрицательно воспринимает любую попытку вмешательства в его рассуждения. Впечатление об ускорении течения психических процессов при объективном обследовании больных в маниакальном состоянии оказывается внешним. Так, скорость сенсомоторных реакций и латентный период между произнесением слова-раздражителя и ответной реакцией в словесном эксперименте у них часто не ускорены. Наоборот, эпизодически наблюдается увеличение этих показателей а связи с неустойчивостью внимания. Ускорение мышления определяется легкостью возникновения ассоциаций и лабильностью суждений, быстрой сменой мыслей. Обычно ускоренное мышление протекает на фоне повышенного настроения, эйфории. При этом отмечается кажущееся на первый взгляд парадоксальным явление - при явной поверхностности суждений и малой продуктивности мыслительной деятельности больные в маниакальном состоянии поражают иногда собеседника меткими замечаниями, своей наблюдательностью. Дело в том, что интеллектуальный уровень у них не снижен, не страдают и способность к остроте суждения, остроумие, нередко злое, наблюдательность. В то же время у них отмечается некоторая бесконтрольность суждений, слабость тормозных установок, что проявляется в известном снижении чувства такта, недостаточной способности смущаться. Этим объясняется то, что больной в маниакальном состоянии может сказать другому человеку в лицо то, что здоровый предпочтет утаить.

W. Jahrreiss (1928) различал следующие варианты скачки идей.

1. Мысленная скачка идей - богатая и бедная образами. Картина богатой образами скачки идей соответствует ее описаниям при типичной циркулярной мании. Бедная образами скачка идей отличается малым количеством возникающих в мышлении больного представлений при вихревом его ускорении. Клинически бедная образами скачка идей проявляется главным образом в ускорении речи и многословности при нешироком круге представлений и образов. Переходы от одной мысли к другой происходят не столько в силу лабильности мышления, легкости возникновения смысловых ассоциаций, сколько по созвучию или под влиянием внешних впечатлений. Значительно меньше в мыслительной продукции больных при бедной образами скачке идей можно проследить роль внутренних побудительных механизмов. Речевой натиск не соответствует поражающему своей бедностью объему возникающих в содержании представлений и образов. Мышление при этом малосодержательно, несмотря на внешнее его ускорение. В таких случаях говорят о малопродуктивной мании, что всегда должно настораживать психиатра в плане возможной диагностики шизофренического процесса.

2. Речевая скачка идей также главным образом основана на ассоциациях по созвучию и нередко наблюдается при маниоформных состояниях у больных шизофренией. Нередко она наблюдается при кататоническом возбуждении.

3. «Немая», бедная речью скачка идей называется еще вихревым наплывом мыслей - ментизмом (P. H. Shaslin, 1914). Под ментизмом понимают наплыв мыслей, воспоминаний, образов. Симптом этот отличается непроизвольным возникновением и неподчиняемостью воле больного. Субъективно больной крайне тягостно переживает наплыв мыслей, их направленность совершенно не зависит от его сознания, никаким волевым усилием наплыв мыслей нельзя ни прекратить, ни направить в обычное русло рассуждений. Нередко эти мысли даже не приобретают четкого речевого оформления и возникают в сознании в виде лишенных конкретного содержания образов, представлений, понятий. Ментизм наблюдается при шизофрении (особенно в дебюте и при вялом течении процесса, когда нет еще выраженного психического дефекта), иногда при экзогенно-органических психозах, в их начальной стадии, в случаях нерезких расстройств сознания при маниакальном ступоре'. Вихревая спутанность рассматривается как высшая степень выраженности скачки идей. Вихревую (маниакальную) спутанность трудно отличить от спутанности при экзогенно-органических психозах, от аментивного состояния. Их дифференцирование возможно лишь при анализе движения психопатологической симптоматики и при учете соматического состояния больного.

Следует отметить, что наличие ускоренного мышления значительно затрудняет патопсихологическое обследование больного. Это в первую очередь относится к маниоформным состояниям у больных шизофренией. Ускорение мышления нередко в таких случаях маскирует типичные для шизофрении расстройства мышления. Лишь когда сходят на нет маниакальноподобные проявления, отчетливо выступают расстройства мышления шизофренического характера. Об этом надо помнить и не спешить с диагностическим суждением в случаях, когда в клинической картине одновременно отмечаются признаки ускорения мышления и шизофренические симптомы.

1. Замедление (заторможенность) мышления характеризуется замедлением темпа течения мыслительных процессов, уменьшением количества идей. Сами больные говорят о чувстве затруднения мышления, об ощущении своей интеллектуальной несостоятельности, жалуются, что у них «мало мыслей». Замедленное мышление характеризуется уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. Затруднен переход от одной мысли к другой. Это приводит как бы к застреванию на мысли. Такое явление обозначается как моноидеизм. Можно думать, что он играет существенную роль в стойкости бредовых переживаний у больных с замедленным мышлением. Хотя уровень процессов обобщения и отвлечения при этом не снижен, отмечаются затруднения осмысления. В своих рассуждениях больной медлителен, с трудом подходит к цели, испытывая затруднения и в формировании словесного отчета о ходе мыслей. Качественное изменение мышления проявляется и в том, что страдает его направленность - больные жалуются на невозможность закончить процесс размышления, говорят, что им трудно довести свои рассуждения до конца. Представление больного о цели мыслительной деятельности существенно не страдает, но формируется оно значительно медленнее, чем у здорового человека. Но, даже осознав цель мышления и не обнаруживая снижения интеллектуального уровня в своей мыслительной деятельности, больной ее либо вовсе не достигает, либо достигает лишь частично и с большим трудом. Замедление мышления одинаково сказывается в затруднениях как формирования цели мышления, так и в достижении этой цели, т. е. в результативности мыслительной деятельности. Замедление мышления по своим клиническим проявлениям противоположно ускорению мышления и чаще всего наблюдается при депрессивных состояниях, при астении. Классическая картина замедленного мышления наблюдается при циркулярной депрессии. Тугоподвижность протекания мышления, моноидеизм, своеобразная избирательность мышления, обусловленная аффективным состоянием больного (наиболее актуальными представляются больному отрицательно эмоционально окрашенные мысли и неприемлемыми - мысли, противоречащие грустному настроению), что способствует возникновению у больных бредовых идей самообвинения, самоуничижения, греховности. Замедленное, заторможенное мышление наблюдается и при органических поражениях головного мозга, например при некоторых формах эпидемического энцефалита, опухолях головного мозга, в этих случаях оно тесно связано с явлениями брадипсихизма. Замедленное мышление может наблюдаться и при шизофрении, главным образом при мутизме, отмечающемся в дефектных состояниях, при наличии выраженных эмоционально-волевых изменений, бедности побуждений. Е. Bleuler (1920) указывал на то, что мутизм может иметь в своей основе различные причины (негативизм, бредовые переживания, наличие императивных, запрещающих больному разговаривать галлюцинаций). Однако главная его причина - обеднение душевного мира больного шизофренией, безразличие к задаваемым ему вопросам, отсутствие интереса к окружающему. В ряде случаев шизофренический мутизм отражает присущую этому заболеванию парадоксальность протекания психических процессов. Например, в кататоническом ступоре больной не отвечает на обычную речь, но обнаруживает естественную реакцию на тихую, шепотную речь (этот признак трактуется с точки зрения концепции И. П. Павлова о гипноидно-фазовых состояниях и поэтому носит название симптома Павлова). Другим таким симптомом является симптом последнего слова (К. Kleist, 1908) -больной отвечает на вопрос уже после того, как задававший его удалился из комнаты.

**Список использованной литературы**

1. Блейхер В.М*.* Клиническая патопсихология.- Ташкент: Медицина, 1976.- 325 с.

2. Зейгарник Б.В*.* Патопсихология.- М.: Изд-во МГУ, 1976.- 238 с.

3. Материал с сайта 5ballov.ru.

4. Программа информационной поддержки Российской науки и образования «Консультант Плюс: Высшая школа». Выпуск 12/ К осеннему семестру 2009 года.