Реферат

на тему: «Психически больные»

ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫЕ — больные, страдающие расстройствами психической деятельности. Особенности проявлений выраженных психических заболеваний значительно отличают психически больных от всех других больных.

Неправильности поведения, немотивированность поступков, неспособность осмыслить ситуацию и регулировать свои взаимоотношения с окружающими, возникающие подчас состояния возбуждения и агрессивные тенденции вызывают необходимость особого ухода за психически больными, специального устройства психиатрических лечебных учреждений.

Беспомощность психически больных и наблюдаемые у некоторых больных отсутствие сознания своей болезни и склонность к социально опасным действиям ставят перед государством вопросы правового характера, разрешение которых должно быть направлено как на защиту прав и интересов психически больных, так и на ограждение общества от социально опасных проявлений психических заболеваний. В связи с этим отношение к психически больным и положение психически больных в обществе ярко отражают не только уровень медицинских знаний и психиатрии в частности, но и социальный строй, особенности общественно-экономической формации определенной эпохи.

Проявления психическихзаболеваний были зафиксированы еще в древнейшие времена во всевозможных преданиях, мифах, библейских сказаниях (депрессивное состояние царя Саула, наказание «безумием» Навуходоносора, злобность персидского царя Камбиза, страдавшего эпилепсией, и т. п.). В древней Греции, родине научной медицины, основанной на материалистических концепциях, Гиппократом были окончательно установлены «мозговая теория» психических заболеваний и значение соматического состояния и влияния внешней среды на возникновение психических заболеваний.

В древнем Риме Цельс описал три формы проявлений психических заболеваний, объединенных под общим названием безумия (тваша). Он рекомендовал лечить психически больных диетой, рвотными средствами, массажем, физиотерапией. Аретей применял психически больным общеукрепляющую терапию и подчеркивал значение психотерапевтического подхода к больным. Отдельными врачами разрабатывались вопросы режима, содержания и ухода за больными — возбужденными и страдающими меланхолией.

В средние века, при феодальном строе, во время инквизиции психически больные обвиняли в общении со «злым духом», колдовстве, их сурово наказывали, пытали, сжигали на кострах. В период позднего средневековья, в эпоху развития и укрепления городов, начинали приниматься меры к ограждению здорового населения от опасных психически больных, которых принудительно помещали в городские тюрьмы, в особые камеры внутри городских стен, где их большей частью содержали на городские средства. Некоторых психически больных изолировали в монастырях. Спокойные психические больные проживали среди населения, содержались в своих семьях или бродяжничали и нищенствовали.

Отношение к психически больным в древней Руси отличалось большей гуманностью по сравнению с Западной Европой того времени. Уже в Киевской Руси сложились определенные организационные формы призрения психически больных. Так, в Уставе Владимира предусматривалась забота церкви о «бесных» наряду со странниками, убогими и калеками. При монастырях и церквах были организованы шпитали и странноприимные дома, где призревались психически больные. Одна из церквей Межигор-ского монастыря была превращена в шпиталь для психически больных. В 12 в. в Переяславле при монастыре Святого Иоанна была создана крепкая темница для возбужденных психически больных. И позднее, до 18 в. включительно, психически больные помещали в монастыри. Указом Екатерины II в 1773 г. для этой цели были выделены по два монастыря (женский и мужской) в каждой губернии.

Первые психиатрические больницы были созданы в Испании в 15 в. В 16 в. уже имелись «сумасшедшие дома» (доллгаузы) в Англии, Германии, Швейцарии и Швеции. Здесь еще больных не лечили, их приковывали цепями к стене и подвергали телесным наказаниям. Во второй половине 18 в. в России возникает вопрос об учреждении доллгаузов. ИсториографМюллер представил проект доллгауза, в котором прямо поставил вопрос о лечении больных и об использовании их труда для содержания этого учреждения. В 1775 г. приказы общественного призрения при губернских управлениях начали открывать психиатрические отделения при больницах и строить I специальные дома для умалишенных (первый был открыт в Новгороде в 1776 г.). В 1785 г. был открыт дом для умалишенных в Москве, в 1786 г. — в Петербурге.

В связи с развитием промышленности в Западной Европе в конце 18 в. происходили большие социальные сдвиги, стало развиваться материалистическое мировоззрение, изменилось и отношение к психически больным. В 1785 г. был опубликован доклад Коломбье «Инструкция о способах обращения с душевнобольными», в котором резко осуждается избиение больных. Знаменитый ученый эпохи французской буржуазной революции 1789—1794 гг. Кабанис, автор книги «Соотношение между физическим и психическим», в основу которой положена идея о том, что физическое служит основой психического, считал, что одной из причин душевных болезней является обстановка, при которой живет и работает человеческий мозг. Кабанис писал о том, что психически больной может быть лишен самостоятельности только при соблюдении определенных правовых норм и должен быть немедленно восстановлен в своих гражданских правах по заключению врачей. В 1792 г. Пинель и его сотрудник, надзиратель Пюссен, сняли цепи с психически больных в больницах Парижа — Биссетре и Сальпетриере. Пинеля можно считать одним из основоположников современной психиатрии. Им были созданы настоящие больничные условия с профилированными отделениями для лечения психически больных; обращаться с больными стали гуманно. Все же он не считал возможным совершенно обойтись без мер стеснения и вместо цепей ввел кратковременное применение смирительной рубашки, которое рассматривал как воспитательную меру, требующую, однако, большого такта. Большое значение в деле лечения психически больных Пинель придавал занятиям физическим трудом.

В эту же эпоху (1796) в Англии Тьюком было организовано «Йоркское убежище», где были отменены все меры стеснения и больные принимали широкое участие в сельскохозяйственных работах. Однако еще на протяжении нескольких десятилетий в «сумасшедших домах» Англии продолжали применять к психически больным связывание, телесные наказания; обстановка там была антисанитарная. Коренной перелом в постановке лечения психически больных в Англии связан с именами Чарлсворта. Широкую известность получил доклад Хилла на тему «Полная отмена насилия над человеком при лечении душевнобольных». С именем Конолли связано обоснование учения о «аестеснении», которое привлекло внимание психиатров и за пределами Соединенного Королевства.

Отмена мер стеснения значительно уменьшила количество возбужденных психически больных в больницах, кроме того, туда все чаще стали класть и спокойных психически больных. Бурное развитие промышленного производства, рост городов создавали условия, при которых население не могло содержать дома своих психически больных. Потребность в госпитализации нарастала. Контингенты психически больных, требовавшие стационарной, а затем и внебольничной помощи, расширялись. Организация свободного режима в психиатрических больницах и широкое признание целесообразности использования труда больных послужили толчком к созданию загородных колоний, где больные занимались сельскохозяйственными работами. Первая такая колония была открыта в 1859 г. в Гоннингене в Германии. Получила распространение и первая форма внебольничной помощи— патронаж. В России со второй половины 19 в. психиатрические больницы начали переходить из Приказа общественного призрения в ведение земств. Этот переход отразился благотворно на состоянии психиатрических больниц и на уходе за психически больными. Главным пропагандистом системы нестеснения, получившей признание среди русских психиатров, был С. С. Корсаков. Он же сделал доклад на I съезде отечественных психиатров в 1887 г. о патронаже в Гееле (Нидерланды) и в Шотландии.

В связи с расширением контингентов, обслуживаемых психиатрической помощью, обусловившим рост потребности в госпитализации, с начала 19 в. встал вопрос о статистике психических заболеваний, необходимой для планирования сети психиатрических стационаров, и о правовом положении психически больных. Начало статистике психических заболеваний положил Эскироль, который в 20-х годах 19 в. занялся изучением вопроса о том, увеличилось ли число психически больных за предшествующие 40 лет. Под его же руководством был создан первый законодательный акт, охраняющий права психически больных,— закон 30 июня 1838 г., согласно которому ни один больной не мог быть лишен свободы без медицинского заключения. Аналогичный закон был принят в Англии в 1845 г. и в Шотландии в 1857 г. Согласно этим законам для госпитализации психически больных необходимо было соблюдение ряда административных и юридических формальностей. В дальнейшем эти законы утратили свой прогрессивный характер и превратились в законодательные акты, значительно осложняющие дело стационирования психически больных и выписки их из больницы.

Первые попытки выявить количество психически больных в населении относятся к началу 19 в., когда в Англии (1806—1807) была проведена перепись психически больных (об этом упоминает Эскироль). В дальнейшем время от времени в странах Западной Европы и США проводились и проводятся до настоящего времени переписи психически больных, проживающих в населении.

В России первая перепись психически больных была осуществлена по инициативе И. Ф . Рюля в 1839 г. Данные такого рода переписей не могут считаться достоверными, т. к. в большинстве случаев они осуществлялись не психиатрами, а силами учителей, священников, полиции и т. п. Кроме того, установленное число психически больных в населении колебалось в зависимости от того, кого причисляли к этой категории больных.

Совершенно очевидно, что численные показатели нестационированных психически больных были значительно преуменьшены: в их число не были включены психически больные в начальных стадиях заболевания, больные с нерезко выраженными психотическими состояниями и психически больные, находящиеся в состоянии ремиссии и не обнаруживающие грубого слабоумия. Эти переписи не могли охватить больных, страдающих пограничными состояниями, включающими реактивные состояния, неврозы, психопатии.

В 20 в. понятие психически больной вышло за рамки определения, данного в свое время С. С. Корсаковым, который к душевнобольным причислял психически больных, страдающих выраженными патологическими расстройствами душевной деятельности.

В наст, время считается установленным, что психические заболевания обусловлены патологическим состоянием головного мозга (нарушение высшей нервной деятельности), которое в одних случаях приводит к грубому расстройству отражения реального мира (психоз), а в других сопровождается более легкими изменениями психики, не искажающими осознание объективного бытия и самосознания (неврозы и психопатии). Поэтому часто нельзя провести четкого разграничения между собственно психически больными и больными с пограничными формами нервно-психических заболеваний, резко отделить их друг от друга. А. В. Снежневский подчеркивает, что в начальном периоде развития многих психозов, при благоприятном их течении или во время ремиссии расстройства отражения реального мира не наступает; сознание, самосознание и поведение существенно не расстраиваются.

В период войн начала 20 в. появилось значительное число больных, страдающих не только выраженными травматическими и реактивными психозами, но и невротическими состояниями. В США «нервность» была объявлена бичом цивилизации. Возникало психогигиеническое движение, возглавляемое психиатрами. Господствующее к этому времени нозологическое направление (С. С. Корсаков, Крепелин, Морель) выдвигает на первый план вопросы этиологии и патогенеза психозов и сближает психиатрию с другими медицинскими дисциплинами. Все большее значение приобретают вопросы психопрофилактики, своевременной диагностики и лечения психически больных на ранних стадиях заболевания. Меняется правовое положение психически больных. В связи с профилактической направленностью всего дела здравоохранения, начиная с 20-х годов 20 в., наряду с психиатрическими больницами разного профиля начала развертываться сеть психоневрологических диспансерных учреждений. Психоневрологические диспансеры выявляют психически больных, проживающих в населении, проводят амбулаторное лечение, госпитализируют психически больных, продолжают оказывать им лечебную и социально-профилактическую помощь после выписки из психоневрологических стационаров. Большое значение в деле своевременного выявления и оказания помощи психически больным имеет тесная связь психоневрологических диспансеров с соматическими лечебными учреждениями. В сельских местностях, начиная с 1953 г., оказание помощи психически больным было возложено министерствами здравоохранения на невропатологов (психоневрологов), работающих в районных поликлиниках, и на сельских участковых врачей общего профиля. Эти врачи получают соответствующую подготовку на декадниках и семинарах, организуемых при областных психоневрологических больницах и диспансерах. Направление психически больных в психиатрические больницы и выписка их из больниц производятся по медицинским показаниям и не обставляются никакими юридическими формальностями.

Большое внимание уделяется трудообучению и трудоустройству психически больных, а также проведению «поддерживающей» и «противо-рецидивной» терапии. В некоторых областях страны практикуются так называемые стационары на дому, когда врач и сестры психоневрологического диспансера проводят в домашних условиях лечение психически больных, даже при обострении заболевания. Таким образом, диспансерная система обслуживания помогает удерживать психически больных в населении в состоянии даже неполной ремиссии. Трудоустройство психически больных осуществляется учреждениями Министерства социального обеспечения по заключению психиатрических врачебно-трудовых экспертных комиссий, работающих на базе диспансеров. Относительная кратковременность госпитализации большинства психически больных, пребывание их в обычной домашней обстановке, трудовая терапия и трудоустройство способствуют сохранению социальных навыков, предохраняют психически больных от неизбежного при отсутствии внебольничной помощи образования «больничного слабоумия», возникающего в условиях длительной госпитализации. Некоторые психически больные и большинство больных с пограничными формами нервно-психических заболеваний лечатся только в психоневрологических диспансерных учреждениях и никогда не госпитализируются.

В стране практикуются консультативные приемы психиатров в медико-санитарных частях предприятий и в учебных заведениях (начиная с детских садов). Задачей работающих здесь психиатров является изучение условий труда, учебного режима, ранняя диагностика нервно-психических заболеваний, разработка действенных психопрофилактических мероприятий. Расширяющаяся из года в год разветвленная сеть внебольничных психоневрологических учреждений является той базой, которая позволяет выявлять и проводить систематический учет психически больных, находящихся в населении*.* Этот учет дает возможность определять число психически больных в населении (в каждый данный момент с подразделением по полу, возрасту, формам болезни и пр.), изучать динамику психических заболеваний, помогает врачам осуществлять активное наблюдение за больными. Учет психически больных проводится дифференцированно.

Необходимость находиться под наблюдением психоневрологического диспансера, сроки наблюдения, возможности снятия с учета определяются клиническими показателями (формы заболеваний и состояние больного).

В психоневрологических диспансерах получают помощь и больные с пограничными состояниями, составляющие от 30 до 40% всех ежегодно первично обратившихся в такие диспансерные учреждения.

Из числа обратившихся часть в дальнейшем выявляется как психически больные с невротическими проявлениями на ранних стадиях заболевания. Частично больные неврозами и реактивными состояниями лечатся у невропатологов в районных поликлиниках.

В большинстве психоневрологических диспансеров организованы также кабинеты детских психоневрологов, что позволяет своевременно брать на учет и лечить детей и подростков с нервно-психическими заболеваниями. Широкий охват внебольничнои психоневрологической помощью психически больным и больных с пограничными состояниями (взрослых и детей) иллюстрирует наблюдающийся из года в год в связи с приближением специализированной помощи к населению рост амбулаторных посещений. Следует отметить, что количество посещений не связано с увеличением первичной обращаемости. Так, в давно существующих психоневрологических диспансерах Москвы, где уже давно закончен процесс выявления в населении длительно болеющих психически больных, число первично заболевших с 1940 по 1960 г. уменьшилось в 1,9 раза (в расчете на 10 000 населения), в то время как амбулаторная посещаемость возросла за эти 20 лет более чем в 2,5 раза. О снижении числа свежезаболевших психически больных говорят также данные психиатрических больниц. Так, больные с длительностью заболевания до 6 месяцев (свежезаболевшие) составляли в психоневрологических больницах РСФСР: в 1957 г. 25,2%, в 1958 г. 23,3%, в 1959 г. 22,7%, в 1960 г. 20,9%, т. е. за четыре года число свежезаболевших больных в психоневрологических стационарах снизилось на 4,3%.

Постановка единообразного учета в разветвленной сети внебольничных психоневрологических учреждений позволяет более устанавливать как численность психически больных в населении, так и преобладающие формы играно-психических заболеваний

Определенное число психически больных подлежит госпитализации в краевые (областные) психоневрологические больницы закрытого типа. Психически больные с затяжным и хроническим течением заболевания, ранее направлявшиеся в психиатрические колонии, в наст, время в связи с широким применением нейролептических средств скорее нуждаются в пребывании в психиатрических больницах для затяжных форм, где к ним могут применяться активные методы лечения психических заболеваний в сочетании с систематически проводимой трудовой терапией.

Промежуточным звеном между больницами и колониями является патронаж психически больных, организованный еще в царской России (первый патронаж был открыт Н. Н. Баженовым в Рязанской губернии). В СССР получили развитие две формы патронажа — прибольничный и внебольничный. Больные прибольничного патронажа обеспечиваются питанием и одеждой за счет больницы, живут в прилегающих к больнице селениях, их регулярно посещают врачи и медсестры психиатрической больницы. Психически больные внебольничного патронажа живут в своих или чужих семьях и получают государственное обеспечение. За ними ведут наблюдение участковые врачи и сестры диспансера (в городах) или районные психоневрологи, участковые врачи и фельдшера (в сельской местности).