|  |
| --- |
| **Приложение №1** **УТВЕРЖДЕНО** **приказом главного врача от «15» марта 2019 года № 74** |

**ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая
психоневрологическая больница»**

**ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА**

**ДЛЯ ОПЕКУНОВ, КАНДИДАТОВ В ОПЕКУНЫ, РОДСТВЕННИКОВ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН**

**Белгород - 2019**

**ВВЕДЕНИЕ**

Психическое заболевание, как и любое другое тяжелое хроническое, является причиной наиболее серьезного семейного кризиса. Безусловно, это нагрузка не только на заболевшего, но и на его близких, и чем она тяжелее, тем сложнее к ней адаптироваться.

Серьезное психическое заболевание одного из членов семьи вносит ограничения в организацию быта, требует особого режима, изменения привычного жизненного уклада жизни всех членов семьи, заставляет отказаться от приятных привычек, изменить планы на будущее, перераспределить обязанности, не говоря уже об ощущениях неопределенности, беспомощности, страха, и у больного,
и у его родственников.

Данная программа призвана помочь родственникам восполнить недостаток сведений о психических расстройствах, их клинических проявлениях; типичных психоло­гических проблемах семей, возникающих в связи
с психической болезнью, и о том, как подступиться к их решению.

# ШИЗОФРЕНИЯ

**Шизофрения** — это хроническое эндогенное прогрессирующее заболевание, основным проявлением которого является нарушение единства психических процессов. Оно может значительно нарушать поведение больного человека, изменять его мышление, эмоциональные реакции, восприятие окружающего. Как правило, шизофрения начинается в молодом возрасте.

Термин «шизофрения» (греч. *schizo* — расщеплять, *phren* — сознание) означает «расщепление сознания». Он был предложен швейцарским психиатром Ойгеном Блейлером в 1911 г.

Клинические проявления этого заболевания чрезвычайно многообразны, неоднозначны у разных больных и могут с течением времени существенно меняться у одного и того же пациента.

**Распространенность**

Шизофрения представляет важнейшую клиническую и социальную проблему психиатрии во всем мире: ею страдает около 1% населения земного шара, и ежегодно в мире регистрируется 2 млн. новых случаев заболевания. По распространённости шизофрения занимает одно из первых мест среди психических заболеваний и является самой частой причиной утраты трудоспособности.

Шизофренией может заболеть любой человек в любом возрасте. Однако наиболее высокий риск её развития отмечается в возрасте между
20 и 30 годами, после 40 лет прослеживается тенденция к снижению заболеваемости (таблица 1).

*Таблица 1*

## Распределение больных шизофренией по возрасту начала заболевания

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст начала заболевания, годы | Процент больных |
| 10-20 | 17 |
| 21-30 | 39 |
| 31-40 | 26 |
| 41-50 | 14 |

Отметим разницу в возрасте начала заболевания в зависимости от пола: мужчины чаще заболевают между 15 и 35 годами, женщины — между
27 и 37 годами.

**Причины шизофрении**

На протяжении последнего столетия шизофрения приковывает внимание ученых разных специальностей — клиницистов, генетиков, биохимиков, иммунологов, нейрофизиологов, психологов и многих других. Изучение причин её развития традиционно проводилось в двух основных направлениях: биологическом и психологическом.

На сегодняшний день наиболее широкое распространение получили биологические гипотезы возникновения этого заболевания, и, прежде всего теория, связанная с нарушением синтеза и обмена медиаторов — химических веществ, участвующих в процессе передачи информации в клетках головного мозга. Ученым удалось установить ключевую роль в появлении симптомов шизофрении дофамина — изменения его синтеза и чувствительности к нему нервных клеток. Меньшее распространение получили теории нарушений обмена других медиаторов, таких как серотонин, норадреналин и пр.

Учеными доказано, что деятельность медиаторов в значительной степени контролируется генами. Это подтверждает роль наследственности в развитии шизофрении. В пользу влияния фактора наследственности свидетельствуют
и данные о распространенности шизофрении среди кровных родственников.

**Клинические проявления шизофрении**

К негативным расстройствам относятся следующие проявления болезни:

* **Аутизм.** Это замкнутость, отгороженность от окружающего, формирование особого внутреннего мира, занимающего в сознании больного человека главную роль. Швейцарский психиатр О. Блейлер, который ввел само понятие «шизофрения», так описал это явление: «Особый и очень характерный ущерб, причиняемый болезнью, выражается в том, что затрагивает отношение внутренней жизни к внешнему миру, внутренняя жизнь приобретает повышенную значимость...». Вследствие аутизма с такими людьми бывает трудно установить контакт, вести беседу, они теряют знакомых, более комфортно и спокойно чувствуют себя в одиночестве.
* **Снижение психической активности.** Человеку, заболевшему шизофренией, становится труднее учиться и/или работать, любая деятельность требует от него все больших усилий, у него снижается способность к концентрации внимания, восприятию новой информации. Зачастую это делает невозможным продолжение учебы или выполнение работы в прежнем объеме.
* У некоторых больных шизофренией со временем отмечаются ***волевые нарушения*** — пассивность, подчиняемость, безынициативность, отсутствие побуждений к деятельности. Предоставленные сами себе, они предпочитают ничем не заниматься, перестают ухаживать за собой,
не соблюдают правила личной гигиены, практически не выходят из квартиры, большую часть времени лежат, не выполняя даже элементарной домашней работы. Заставить их что-либо делать бывает крайне трудно, а иногда
и невозможно.
* Наблюдаются и ***эмоциональные изменения***в виде некоторого обеднения эмоциональной жизни, утраты прежних интересов. Иногда эмоциональные реакции парадоксальны, не соответствуют ситуации. Однако при всех этих изменениях, больные люди сохраняют привязанность к близким, нуждаются в их внимании, любви, одобрении.
* При шизофрении **изменяется и мышление**. Могут отмечаться
 так называемые «наплывы мыслей»: одновременно в голове возникает множество мыслей, они путаются, в них трудно разобраться. Иногда мысли «останавливаются», обрываются.

Со временем при наиболее неблагоприятных вариантах течения болезни мышление становится непродуктивным, нелогичным. У больных появляется склонность к абстракции, символике. В этих случаях характерны изменения речи: высказывания малопонятны, расплывчаты, туманны.

Важно отметить, что соотношение и выраженность приведенных негативных проявлений болезни индивидуальны.

В клинической картине шизофрении негативные психические расстройства обычно сочетаются с так называемыми позитивными, или продуктивными расстройствами.

**К позитивным** относят: астенические и неврозоподобные расстройства, бред, галлюцинации, расстройства настроения, двигательные нарушения.

Сочетание позитивных и негативных расстройств создает своеобразную и многогранную картину шизофрении.

Как и любое хроническое заболевание, шизофрения имеет этапы, закономерности развития, формы и варианты течения, различающиеся сочетанием симптомов и синдромов и прогнозом в отношении дальнейшей жизни.

**Течение шизофрении**

 В развитии заболевания можно выделить несколько этапов:

* начало;
* дальнейшее течение, продолжающееся месяцы и даже годы, включающее период(ы) развернутых клинических проявлений, а также период(ы) ремиссии;
* конечное состояние (степень нарушений через десятки лет).

На начальном этапе симптомы болезни крайне разнообразны.
Как правило, это тревога, необоснованные страхи, растерянность, сниженное настроение, астенические расстройства. Симптомы заболевания могут появиться внезапно или развиваться постепенно — в течение месяцев и лет.

В ходе дальнейшего развития болезни возможны непрерывный, периодический и приступообразно-поступательный типы её течения.

Если заболевание протекает непрерывно, у больного человека длительное время отмечаются те или иные позитивные симптомы, на фоне которых постепенно нарастают негативные изменения. Однако в ходе лечения можно добиться ослабления расстройств, уменьшения их выраженности и при таком варианте течения болезни.

В случае приступообразного течения шизофрении имеют место периоды обострения (приступы) и периоды ремиссии, когда симптоматика существенно ослабевает и даже полностью отсутствует. В этом случае в периоды ремиссий больной в той или иной степени сохраняет способность вести прежний образ жизни, выполнять семейные обязательства, работать. Прием лекарственных препаратов позволяет существенно увеличить длительность ремиссий, уменьшить число и тяжесть обострений.

Следует заметить, что довольно большое число людей, перенесших
в течение жизни всего один приступ болезни, в последующем сохраняет прежний уровень работоспособности и адаптации.

Примерно у 15% больных шизофренией отмечается периодический тип течения заболевания. В этом случае оно проявляется исключительно приступами продуктивных расстройств, вне которых не обнаруживается каких-либо симптомов психического расстройства. Можно сказать, что это один из наиболее благоприятных вариантов течения шизофрении.

Важно отметить тот факт, что неблагоприятные формы течения шизофрении чаще встречаются в случаях, когда её начало пришлось на детский и ранний подростковый возраст. При начале заболевания в пожилом возрасте, напротив, преобладают более благоприятные формы.

**Как реагировать на поведение человека, страдающего галлюцинациями:**

* Деликатно поинтересоваться, слышит ли он сейчас что-нибудь
и что именно.
* Обсудить, как ему помочь справиться в данный момент с этими переживаниями или с тем, что их вызывает.
* Помочь почувствовать себя более защищенным.
* Осторожно высказать мнение, что воспринимаемое, возможно, является всего лишь симптомом болезни, кажущимся явлением и поэтому стоит обратиться за помощью к врачу.

**Вы не должны:**

* Насмехаться над больным или высмеивать его ощущения.
* Пугаться его переживаний.
* Убеждать больного в нереальности или незначительности того, что он воспринимает.
* Вступать в подробное обсуждение галлюцинаций.

**Как реагировать на поведение человека, страдающего бредом:**

* Не задавайте вопросы, уточняющие детали бредовых утверждений и высказываний.
* Не спорьте с больным, не пытайтесь доказывать, что его убеждения неправильны. Это не только не действует, но и может усугубить имеющиеся расстройства.
* Если больной относительно спокоен и настроен на общение
и помощь, внимательно выслушайте его, успокойте и попытайтесь убедить обратиться к врачу.
* Если бред сопровождается сильными эмоциями (страх, гнев, тревога, печаль), попытайтесь успокоить больного и как можно скорее свяжитесь с квалифицированным врачом.

**Действия родственников в случае развития у больного
психомоторного возбуждения:**

* Оцените степень опасности больного для себя или окружающих
и срочно вызовите врача-психиатра для решения вопроса о госпитализации.
* Создайте условия для оказания помощи, ликвидируйте,
по возможности, обстановку растерянности и паники.

Если Вы видите, что Вам угрожает непосредственная опасность, попытайтесь изолировать больного в помещение без окон и вызовите полицию.

* Уберите колюще-режущие и иные предметы, которые больной может использовать в качестве орудия нападения или самоубийства.
* Говорите с больным спокойно, не повышая голоса, избегайте резких движений, соблюдайте максимально возможную физическую дистанцию.
* Удалите из помещения, где находится пациент, всех посторонних, оставив только тех, кто может оказаться полезным.
* Постарайтесь успокоить больного, задавая отвлеченные вопросы, ни в коем случае не спорьте с ним и не вступайте в пререкания.
* Если Вы уже были в подобной ситуации, вспомните рекомендации лечащего врача по использованию препаратов, способных уменьшить или снять возбуждение.

**ДЕМЕНЦИЯ**

**Деменция** - это приобретенное заболевание вследствие патологических процессов в головном мозге, в результате которого начинается распад психических функций (память, суждения, абстрактное мышление, математические способности), снижение познавательных функций, утрата ранее приобретенных знаний и навыков. Симптоматика обычно медленно,
но неуклонно прогрессирует.

**По степени социальной адаптации**, способности к самообслуживанию и нуждаемости в обслуживании различают **3 степени тяжести деменции**:

**Легкая степень:**

– профессиональная деятельность и социальная активность отчетливо ограничены;

– сохраняется способность жить самостоятельно, соблюдать личную гигиену, умственные способности не затронуты.

**Средняя степень:**

– трудности при самостоятельном проживании;

– необходим определенный контроль.

**Тяжелая степень:**

– активность в повседневной жизни нарушена;

– неспособность соблюдать минимальную личную гигиену;

– двигательные способности ослабевают;

– необходимы постоянное обслуживание и уход.

**Основные симптомы болезни**

**Ранняя стадия:**

* возникают затруднения при подборе слов в разговоре, при принятии решений;
* ухудшается кратковременная память;
* нарушается восприятие окружающей среды, особенно в необычной обстановке;
* отмечается дезориентация во времени, безучастность и замкнутость;
* пропадает интерес к своим хобби и другим ранее любимым занятиям.

**NB! Обычно проходит незамеченной, зачастую трудно определить время ее начала.**

Стадия разгара:

* становится чрезвычайно забывчивым, забывая недавние события и имена людей;
* может теряться в знакомой обстановке, у себя дома или в обществе;
* не может продолжать жить один без посторонней помощи;
* не может готовить пищу, делать домашнюю уборку, ходить в магазин;
* нуждается в помощи при посещении туалета, умывании, одевании и т.п.;
* перестаёт осознавать своё заболевание;
* испытывает нарастающие трудности при общении;
* проявляет аномальное поведение (например, бродяжничество);
* может страдать зрительными галлюцинациями.

**NB! Проблемы в повседневной жизни становятся очевиднее и существенней.**

Поздняя стадия:

* утрачивает способность говорить и понимать речь;
* теряет способность передвигаться, его конечности становятся ригидными;
* испытывает трудности при питании, его приходится кормить;
* не узнает родственников, знакомых, друзей и привычных предметов;
* не способен контролировать естественные отправления;
* неадекватно ведет себя в присутствии других лиц;

**NB! Заметна физическая сторона болезни, полная зависимость от ухаживающих.**

Факторы, усиливающие симптомы деменции:

* незнакомые места;
* пребывание в одиночестве в течение длительного времени;
* избыточное количество внешних стимулов и раздражителей;
* темнота (необходимо подходящее освещение даже в ночное время);
* жаркая погода (перегревание, потеря жидкости);
* прием большого количества лекарственных препаратов.

**Как обеспечить уход за больным в домашних условиях**

В первую очередь, необходимо установить определенный режим дня для больного, это поможет ему сохранить ощущение уверенности и защищенности.

В присутствии больного следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как слова и поступки окружающих могут вызвать беспокойство и обиду.

Физические упражнения позволяют во многих случаях на некоторое время поддержать функциональные способности больного, хотя за рекомендациями по характеру и сложности упражнений лучше все же обратиться к специалистам.

Нельзя забывать, что по мере прогрессирования заболевания способности и интересы дементного пациента могут меняться.

Пытайтесь сохранять спокойствие, старайтесь смеяться вместе с
(но не над) больным. Юмор часто бывает отличным средством от стресса!

Недопустимо привлекать внимание пациента к его неудачам. Проявления гнева, ожесточенности или обиды лишь ухудшат ситуацию.

Обеспечьте безопасные условия:

* уберите колющие и режущие предметы, бытовые яды и лекарства.
* спрячьте подальше опасные электрические приборы.
* перекройте подачу газа, когда больной остается один.
* установите приспособления для безопасности больного (например, микроволновая печь для приготовления пищи).
* проверьте работу дверных замков, установите замки на окнах.
* используйте замки, которые не сможет открыть больной.
* внимательно следите за курящими.
* не меняйте привычное для больного расположение мебели.
* обеспечьте общее освещение, свет на лестнице, ночники в спальне и туалете.
* контролируйте температурный режим в помещении, не допускайте сквозняков, переохлаждения или перегрева, помогайте подбирать и надевать одежду, соответствующую температурным условиям.
* следите за качеством продуктов, не допускайте употребления в пищу недоброкачественных или испорченных продуктов.
* установите поручни в ванне и туалете, дно ванны и полы не должны быть скользкими, замки на двери должны также открываться снаружи.
* материал покрытия под ногами во всех помещениях должен быть нескользким.
* мебель должна быть устойчивой, стулья и кровать - достаточно высокими.

Поддерживайте общение:

* первый принцип - наберитесь терпения!
* уважительно обращаться к больному по имени (отчеству);
* говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с больным, при этом держать голову на уровне его глаз;
* проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая больного, если это его
не стесняет;
* внимательно выслушать больного;
* обращать внимание на невербальные средства общения;
* попытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с больным;
* избегать негативной критики, споров, конфликтов;
* перед тем, как заговорить, проверить, слушает ли Вас больной.
* старайтесь вспоминать старые времена, события из детства, молодости.

Купание и личная гигиена:

* при умывании пытайтесь придерживаться прежних привычек больного.
* старайтесь сделать умывание максимально приятным, помочь больному расслабиться.
* при умывании пытайтесь придерживаться прежних привычек больного.
* пусть больной все, что возможно, делает сам.
* если больной смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела.
* -не забывайте о безопасности, ее обеспечивают надежно закреплённые предметы, ручки или перила, за которые можно ухватиться, коврик, на котором нельзя поскользнуться, а также дополнительный устойчивый стул.
* принятие душа может быть проще, чем купание в ванне, однако если человек не привык принимать душ, это может его обеспокоить.
* если больной отказывается от купания или душа, подождите некоторое время - настроение может измениться.

Одевание:

* положите одежду больного в том порядке, в котором ее необходимо надевать.
* избегайте одежды со сложными застежками, используйте предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.
* не торопите больного при одевании, поощряйте его самостоятельные действия.

Посещение туалета и недержание:

* поощряйте посещение больным туалета.
* установите определенный режим посещения.
* обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами.
* оставьте дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.
* убедитесь, что одежда больного легко снимается.
* в рамках разумного ограничьте прием жидкости перед сном.
* рядом с постелью можно поставить ночной горшок.
* при необходимости используйте памперсы.

Питание и приготовление пищи:

* напоминайте больному о необходимости приема пищи.
* давайте ему пищу, которую он может есть руками.
* нарезайте пищу маленькими кусочками, чтобы больной не мог подавиться.
* на поздних стадиях болезни готовьте пюре и жидкую пищу.
* напоминайте, что есть нужно медленно.
* не забывайте, что больной может потерять ощущение холодного
и горячего и обжечься, поэтому пища должна быть тёплой.
* не давайте больному более одной порции сразу.
* если возникают проблемы с глотанием, обратитесь за советом к врачу, он ознакомит Вас с приемами, стимулирующими глотание.
* следите за тем, чтобы больной получал достаточное количество питательных веществ.
* На поздних стадиях заболевания больной может утратить способность готовить пищу. Это может стать серьезной проблемой, если человек живет один. Плохая координация движений приводит к повышенной опасности травматизма, например ожогов и порезов при приготовлении пищи. Постарайтесь обеспечить больного готовой пищей.

Больной плохо спит:

* попытайтесь не давать больному спать днем.
* давайте больше физических занятий в дневное время.
* следите за тем, чтобы больной, ложась спать, мог чувствовать себя комфортно и удобно.
* избегайте обильного питья и еды на ночь.

Больной часто теряет вещи, обвиняет Вас в краже:

* выясните, нет ли у больного укромного места, куда он прячет вещи.
* держите у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки.
* проверяйте мусорные ведра и корзины, перед тем как выкидывать из них мусор.
* на обвинения больного отвечайте ему спокойно, не раздражайтесь.
* согласитесь, что вещь потеряна, и помогите ее найти.

Бродяжничество:

* сделайте так, чтобы у него всегда был документ, удостоверяющий личность,
* позаботьтесь, чтобы в кармане одежды страдающего деменцией лежала записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно связаться с ближайшими родственниками больного или лицами, ухаживающими за ним.
* убедитесь в том, что все выходы из дома хорошо запираются, что
в доме/квартире больной находится в безопасности и без Вашего ведома
не сможет уйти из дома.

Бред и галлюцинации:

* не спорьте с больным о реальности увиденного или услышанного им, так как, если он ощущает, что должен защищать свои собственные взгляды, это может привести к усилению бреда.
* если больной испуган, постарайтесь успокоить его: возьмите его ласково за руку, говорите мягким, спокойным голосом.
* отвлеките внимание больного от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет.
* обратитесь за консультацией к врачу: возможно, состояние больного обусловлено применением лекарственных препаратов.

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

**Умственная отсталость у взрослых** – гетерогенная группа состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта (когнитивных, речевых, социальных способностей), сопровождающееся нарушением адаптивного поведения, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

**Причины умственной отсталости**

Интеллект человека определяется как средовыми, так и генетическими факторами. Те дети, у родителей которых диагностирована умственная отсталость, - это уже группа риска. Они более подвержены развитию психических нарушений, хотя именно генетическая передача как таковая встречается крайне редко. Несмотря на становление генетики и определенные успехи в этой области, причины 70-80% случаев заболеваний так и не удается установить. Чаще всего их выявляют в особо тяжелых случаях. Но все же предлагаем разобраться в самых распространенных факторах, которые провоцируют возникновение такого состояния.

* **Пренатальные причины**. Причиной рассматриваемого состояния часто выступают хромосомные аномалии, генетические, нервные болезни. Умственную отсталость также вызывают врожденные недуги, вызванные цитомегаловирусом, вирусом краснухи, ВИЧ. Употребление родителями наркотиков, алкоголя, воздействие на плод токсинов приводят к тому, что рождаются дети с умственной отсталостью. Воздействие радиации, метилртути, свинца, химиотерапевтических препаратов также порой приводит к таким последствиям.
* **Интранатальные причины**. Осложнения, которые связаны
с незрелостью, недоношенностью, а также кровоизлияния в ЦНС, роды
с наложением щипцов, ягодичное предлежание, многоплодная беременность, интранатальная асфиксия увеличивают риск появления умственной отсталости. Но здесь очень многое будет зависеть от ухода за малышом
в первые месяцы после его появления на свет.
* **Постнатальные причины**. Недостаточность эмоциональной, физической, когнитивной поддержки, которая необходима для развития, роста, социальной адаптации, плохое питание в первые годы жизни – самые распространенные причины умственной отсталости во всем мире. Недуг может быть следствием бактериальных, вирусных энцефалитов, менингитов, гипотрофии, отравлений, травм головы и проч.

**Степени умственной отсталости**

На сегодняшний день врачи чаще используют классификацию из МКБ-10, в которой выделены следующие стадии олигофрении:

* легкая (дебильность, IQ 50-69);
* умеренная (легкая имбецильность, IQ 35-49);
* тяжелая (выраженная имбецильность, IQ 20-34);
* глубокая (идиотия, IQ ниже 20).

**Умственная отсталость легкой степени**

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе.

Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо.

Тем не менее, при легкой умственной отсталости значительную помощь может принести образование, предназначенное для развития их навыков
и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы.

Тем не менее, если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная
и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, не способность справляться с требованиями, связанными
с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации
к культуральным традициям и нормам.

В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы
у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости.
У большей части больных, хотя еще и не у большинства, выявляется органическая этиология умственной отсталости.

**Умственная отсталость умеренная**

У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено.

Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

**Умственная отсталость тяжелая**

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. Нижние уровни функционирования, наиболее характерны и для этой группы пациентов. У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития цен-тральной нервной системы.

**Умственная отсталость глубокая**

У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

**Членам семьи необходимо знать, что:**

* Больные, страдающие психическим расстройствами, обычно нyждаются в длительном лечении.
* В процессе лечения практически неизбежны временные обострения состояния и рецидивы.
* Существует определенный объем возможностей больного в плане выполнения домашних дел, работы или общения с дpyгими людьми, который не следует превышать.
* Нежелательно тpебовать, чтобы пациент, только что выписавшийся из больницы, сpазy пpистyпал к pаботе или учебе.
* Чрезмерная опека с занижением тpебований к душевнобольному только вредит.
* Многие больные даже при длительном течении заболевания в состоянии поддеpживать себя в чистоте, быть вежливыми и участвовать в семейных делах.
* Душевнобольным тpyдно переносить ситуации, когда на них кричат или требуют от них сделать то, на что они не способны.

Агрессивное поведение:

* старайтесь сохранять спокойствие, не проявляйте собственного страха или беспокойства.
* всеми возможными методами следует избегать ответной агрессивности; обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию больного.
* не следует находиться к больному слишком близко, он может воспринять это как угрозу.
* постарайтесь переключить внимание больного на более спокойное занятие.
* постарайтесь определить, что вызвало такую реакцию больного,
и проследите за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.
* если агрессивное поведение больного часто повторяется, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

Обратите, пожалуйста, внимание на таблицу 1, где в левом столбце перечислены некоторые симптомы психических расстройств, а в правом ***—*** краткие рекомендации людям, которые живут вместе с больным человеком.

*Таблица 1*

**Общение с человеком, страдающим психическим расстройством**

|  |  |
| --- | --- |
| **Симптом или характерная особенность** | **Рекомендация близким** |
| Трудности концентрации внимания  | Быть кратким, повторять сказанное  |
| Раздражительность, гнев  | Не спорить, не обострять дискуссию, ограничить общение  |
| Неадекватные суждения, высказывания  | Не рассчитывать на рациональное обсуждение, не пытаться переубедить  |
| Бредовые убеждения  | Не спорить, но и не поддерживать бредовые высказывания  |
| Колебания эмоций  | Не принимать на свой счет сказанных слов или действий  |
| Мало сочувствия к другим, эмоциональная холодность  | Рассматривать как симптом психического заболевания  |
| Замкнутость  | Начинать разговор первому, пытаться вовлекать в общение  |
| Страх  | Сохранять спокойствие самому, постараться успокоить больного человека  |
| Неуверенность в себе  | Относиться с любовью и пониманием  |
| Низкая самооценка  | Относиться уважительно, поддерживать положительный настрой  |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Прежде всего, родственникам необходимо разобраться с переполняющими их чувствами - виной, стыдом, беспомощностью, отчаянием и агрессией, неизбежно возникающими в связи с психиче­ским заболеванием близкого человека. Как было отмечено, иногда эти чувства даже плохо осознаются самим человеком, испытываю­щим их, но, несмотря на это, они оказывают огромное влияние на его поступки и жизнь в целом. Поэтому первым важным шагом будет признать существование этих чувств. В дальнейшем это поможет понять, что хотя обвинение в случившемся себя или других может длиться годами,
но оно не способно исправить происходящее, а только ведет к взаимным обидам, отдалению и ухудшению в семейных отношениях. Точно также
и попытки родственников взвалить на себя все заботы, максимально контролируя жизнь болеющего члена семьи и делая все за него, в итоге приводят их лишь к истощению и усталости, а зачастую еще
и к нежелательному результату - закрепляют пассивную позицию больного,
и он перестает развиваться даже там, где мог бы. Поэтому очень важно, чтобы все члены семьи осознавали границы своей ответственности, отчетливо понимая, что они могут сделать, а в чем их возможности огра­ничены. Этим они могут очень помочь себе - не тратить понапрас­ну свои душевные и физические силы и больному - создать условия для развития его активности,
его «здоровых» частей личности, ведь человек не бывает абсолютно болен.

Важно также понимать, что психическое заболевание близкого естественным образом вызывает у родственников множество агрес­сивных чувств и что их чрезмерное выражение не полезно для больного. Однако и чрезмерное подавление родственниками своей злости и раздражения (вплоть до того,
что их существование просто отрицается) создает значительные проблемы, прежде всего, у них самих, причем не только психологического,
но и физического характера, способствуя обострению имеющихся хронических недугов и формированию психосоматических заболеваний. Кроме того, подавленная агрессия все равно проявляется во взаимоотношениях, но только не прямо, а косвенно: в упреках, придирках, взаимных недовольствах
по всевозможным поводам, которые обычно очень отдаленно связаны
с истинными причинами агрессивных чувств. Если в семье существует жесткий запрет на выражение агрессии (иногда из-за бытующего представления
о том, что злиться - это очень плохо), то кто-то из членов семьи может начать вести себя агрессивно, играя роль семейного «громоотвода». Зачастую
им оказывается больной, состояние которого в этом случае обычно ухудшается. Можно заметить, что агрессивные чувства содержат в себе много разрушительной энергии и их подавление также требует от человека больших усилий. Поэтому, чтобы не портились отношения в семье и оставались необходимые для жизни силы, важно разобраться в собственных агрессивных чувствах: с одной стороны, научиться сдерживать слишком сильные эмоции, которые трудно переносятся больными, а с другой - понять, что агрессия свойственна всем лю­дям, а иногда она просто необходима для утверждения в самостоятельной жизни. И, наконец, нужно различать агрессивные чувства, которые всегда будут, и агрессивные поступки.

1. Второй момент, на который необходимо обратить внимание для более гармоничных отношений в семье, - это признание и при­нятие родственниками наличия у их близкого психического заболе­вания и тех ограничений, которые оно на него накладывает. Очень важно не занижать и не переоценивать серьезность болезни. Ее признание и адекватная оценка позволяют родным правильно оценить возможности больного и не предъявлять к нему завышенных или заниженных требований. Это способствует улучшению семей­ной атмосферы и снижению конфликтности, поскольку больной чувствует, что семья принимает его таким, какой он есть, а родственникам становится легче относиться с сочувствием и пониманием к его «неудобным» чертам. Кроме того, это позволяет больному человеку максимально использовать свой потенциал.

**Литература:**

1. Маринчева Г.С., Вроно М.Ш.  Умственная отсталость // Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – т.2. – С. 612-677.
2. Езушина Е.В. Уроки здоровья. Волгоград, 2009.
3. Кипнис М. 128 лучших игр и упражнений для любого тренинга. М., Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009.
4. Карвасарский Б.Д., С. Ледер Групповая психотерапия. М., Медицина, 1990.
5. Крючкова П. Экономика. Основы потребительских знаний. Вита- Пресс, 2011.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.
7. М., Медпресс-информ, 2005.
8. Ермолаева М.В. Практическая психология творчества. Воронеж, издательство НПО «МОДЭК», 2005.
9. Менделевич В.Д., Соловьёв С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М., Медпресс-информ, 2002.
10. Назаров Н.М. Специальная педагогика. М., 2001.
11. Стернин И.А. Культура общения. Воронеж, 2002.
12. Чуднова А., Дьяченко С. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека. М., АСТ, 2011.
13. Худенко Е.Д. и др. Методика полоролевого поведения. М., 2001.
14. Худенко Е.Д. Новые технологии социальной реабилитации инвалидов в условиях интернатных учреждений. М., 2001.
15. Яковлев Е.В., Яковлева Н.О. Педагогическое исследование: содержание и представление результатов. Челябинск, 2010.
16. Интернет-ресурсы: http://ngo.org.ru/ngoss/get/id14919.htm;http//stranamasterov.ru/;http//oriart.ru/;