

Сестринский уход при шизофрении, аффективных расстройствах



Шизофрения

Шизофрeнiя (от др. греч. σχίζω — «расщеплять», «раскалывать» + φρήν — «ум, мышление, мысль») — эндогенное полиморфное психическое расстройство (или группа психических расстройств), характеризующееся распадом процессов мышления и эмоциональных реакций.

Этиология

Причины и механизмы развития шизофрении неизвестны. Выделяют наследственную предрасположенность к шизофрении. Так же причинами возникновения шизофрении можно считать пренатальные факторы, употребление психоактивных веществ, психологические травмы и стресс.

Расстройства восприятия

Сенестопатии – неприятные, тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела (жжение, покалывание, стягивание, скручивание и др.). Эти необычные ощущения нередко очень вычурно описываются больными.

Дереализация – ощущение изменения и отчуждения окружающего мира, его нереальности и неестественности. При этом пациенты никогда не указывают, что изменилось конкретно

Деперсонализация. Это расстройство относится к нарушениям самосознания – полноценного ощущения своей личности, своего психического состояния.

Галлюцинации – наиболее четко определяются как «восприятие без объекта», то есть человек видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует.

Расстройства мышления

Резонерство – это расстройство мышления характеризуется как бесплодное рассуждательство, бесцельное нанизывание слов, хотя фразы облекаются в правильную грамматическую форму.

Паралогическое мышление – нарушение логики, когда пациент приходит к нелепым, необоснованным заключениям из посылок, сделанных в первой части фразы или суждения.

Разорванность мышления – это расстройство наблюдается в далеко зашедших случаях шизофренического процесса. Оно заключается в отсутствии связи между отдельными мыслями и словами; это расстройство иногда именуют «словесной крошкой» или «словесным салатом»

Сверхценные идеи (они также именуются доминирующими, или *idea fix*). Суждения пациента не носят нелепого характера, но приобретают особую значимость, заслоняют реальность и определяют все поведение человека. Критика к сверхценным идеям отсутствует или она нестойка. Эти идеи наблюдаются на фоне выраженной эмоциональной напряженности.

Бредовые идеи – это суждения и ложные умозаключения, носящие нелепый характер и совершенно неподдающиеся разубеждению.

Разновидностей бредовых идей очень много, но обычно их подразделяют на три большие группы: бредовые идеи величия, бредовые идеи преследования, бредовые идеи самоуничижения.

Расстройства эмоций

В результате некоторых патологических процессов у пациентов развивается эмоциональная тупость, апатия – безразличие к окружающему, к собственному положению, близким; холодность к ним. В отличие от депрессивных больных при развитии апатии, эмоциональной тупости пациенты никак ее не переживают. Апатия развивается в результате шизофренического процесса, при опухолях лобной доли и других поражениях мозга.

Волевые и двигательные расстройства

- Абулия
- Двигательное возбуждение
- Двигательная заторможенность
- Негативизм
- Каталепсия
- симптом воздушной подушки

Расстройства сознания

Онейроид (сновидное помрачение сознания) – характеризуется наплывом фантастически-калейдоскопических галлюцинаторных переживаний, деперсонализацией, двойной ориентировкой.

Критерии шизофрении по МКБ-10

Согласно МКБ-10, для постановки диагноза должен наблюдаться хотя бы один из следующих признаков:

(а) «Эхо» мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей окружающим.

(б) Бред овладения, воздействия или пассивности, отчётливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие.

(с) Галлюцинаторные «голоса», комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы «голосов», идущих из различных частей тела.

(d) Устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/или грандиозны по содержанию.

Либо должны наблюдаться по крайней мере два из следующих «меньших» симптомов:

(e) Стойкие галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания.

(f) Неологизмы, шперрунги (перерывы в мышлении), приводящие к разорванности или несообразности в речи.

(g) Кататоническое поведение, например возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор.

(h) «Негативные симптомы» приводящие к социальному отчуждению и снижению социальных показателей; симптомы, которые могут быть выражены:

Апатией, речевым обеднением или сглаженностью, неадекватностью эмоциональных реакций

(h) «Негативные симптомы» приводящие к социальному отчуждению и снижению социальных показателей; симптомы, которые могут быть выражены:

Апатией, речевым обеднением или сглаженностью, неадекватностью эмоциональных реакций

(i) Достоверные и последовательные изменения общего качества поведения, проявляющиеся утратой интересов, бесцельностью, поглощённостью собственными переживаниями, социальным отчуждением.

Диагностика шизофрении

Диагностикой и лечением шизофрении занимается врач-психиатр. В некоторых случаях для обследования пациента требуется госпитализация в психиатрическую больницу. Диагноз «шизофрения» ставится, как правило, при длительности заболевания не менее 6 месяцев.

Формы шизофрении

Параноидная форма - шизофрении развивается в зрелом возрасте, чаще в 30-40 лет. Основным является параноидный синдром с бредовыми идеями отношения, преследования, отравления, физического воздействия. Он сопровождается явлениями деперсонализации, галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания. Негативные симптомы выражены незначительно. Однако со временем бред и галлюцинации могут потерять свою актуальность, и на первый план выступает апатико-абулическое слабоумие.

Кататоническая форма - Проявляется выраженным негативизмом с преобладанием кататонического синдрома. Больные могут сутками и даже месяцами лежать на кровати ни с кем не общаясь, не разговаривая. Известны случаи, когда больные кататонической шизофренией, годами лежавшие неподвижно, при появлении опасности (пожар, наводнение) быстро вскакивали и спасались бегством.

Простая форма обычно начинается в юношеском возрасте, развивается медленно и проявляется негативными расстройствами.

Эпизодически появляются нестойкие идеи отношения и слуховые галлюцинации.

Протекает чаще злокачественно, приводя к изменению личности и формированию дефектного состояния с выраженным апатико-абулическим синдромом.

Гебефреническая форма - по своему развитию похожа на простую. Она также начинается в юношеском возрасте (15-25 лет) с эмоционально-волевых и интеллектуальных нарушений. Наряду с негативными расстройствами, наблюдается гебефренический синдром. Для него характерна дурашливость, вычурность поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне эйфории. Больные гримасничают, прыгают, хлопают в ладошу, кувыркаются. Поведение бессмысленное, бесцельное, непредсказуемое. Речь обычно разорванная. Кроме того, могут появляться отрывочные бредовые идеи и галлюцинации.

Типы течения

Непрерывно текущая - шизофрения характеризуется отсутствием спонтанных ремиссий и постепенным утяжелением симптоматики.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения - шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями. Ремиссия не сопровождается полным восстановлением психического здоровья, от приступа к приступу у больного всё больше обнаруживается обеднение эмоционально-волевой сферы.

Рекуррентная(периодическая) шизофрения - характеризуется практически полным обратным развитием симптоматики в период ремиссии. Больной при этом трудоспособен и хорошо адаптирован. Немало случаев, когда после перенесённого приступа у больных наблюдались ремиссии по 10-25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной, в том числе и творческой деятельностью.

Лечение

Медикаментозное лечение:

Нейролептики (Галоперидол, аминазин, рисперидон, азалептин).

Транквилизаторы (феназепам, диазепам)

Антидепрессанты (амитриптилин, сертралин, пароксетин).

Психологическая, социальная помощь и психотерапия.

Трудотерапия

Электросудорожная терапия.

Инсулинокоматозная терапия.





Шитипическое расстройство

Характеризуется чудаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, но ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются; нет какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики.

Диагностические критерии по МКБ-10

- неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешёнными;
- поведение или внешний вид — чуждающиеся, эксцентричные или странные;
- плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- подозрительность или параноидные идеи;
- навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

- необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
- аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
- эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Аффективные расстройства

Биполярное аффективное расстройство (сокр. БАР; маниакально-депрессивный психоз, МДП;) — эндогенное психическое расстройство, проявляющееся в виде аффективных состояний: маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных (либо субдепрессивных), а иногда и смешанных состояний. Возможны многообразные варианты смешанных состояний.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез до конца не изучены. Отводится роль нарушениям обмена биогенных аминов, эндокринных сдвигов, изменений водно-солевого обмена, патологии циркадных ритмов. Имеется наследственная предрасположенность.

Маниакальный эпизод — аффективное расстройство длительностью более одной недели, характеризующееся чрезвычайно повышенным настроением, чувством благополучия, продуктивностью и повышенной активностью.

Симптомы маниакального эпизода:

- Повышенный фон настроения
- Многоречивость
- Ускоренная речь
- Ускоренное мышление
- Моторно оживлены
- Гипермимичны
- Нарушения сна
- Прилив энергии
- Снижение потребности в еде
- Употребление большого количества психоактивных веществ (кофеин, наркотики, алкоголь, никотин)
- Бредовые идеи величия, изобретательства, богатства.
- Галлюцинации

Гипомания — состояние, сходное с манией, но менее тяжёлое в своих проявлениях.

Для неё характерно лёгкое, постоянно приподнятое настроение (иногда оно сопровождается раздражительностью, гневливостью), которое продолжается на протяжении по крайней мере нескольких дней, а также чувство благополучия, физической и умственной продуктивности, повышенная энергичность и активность.

При гипомании не характерны бредовые идеи и галлюцинации.

Депрессивный эпизод или депрессия – это тип психического расстройства с характерными соматическими, когнитивными и эмоциональными нарушениями в виде снижения энергичности, упадка сил и утомляемости, утраты удовольствия и интереса, ухудшения самочувствия и настроения и других проявлений.

Симптомы депрессивного эпизода:

- Снижение настроения
- Апатия
- Замедление речи
- Замедления мышления
- Моторная заторможенность
- Ангедония
- Гипомимия
- Нарушения сна, снижение аппетита
- Идеи самоуничижения и виновности
- Галлюцинации
- Суицидальные идеи
- Витальная тоска

Субдепрессией называется депрессивное состояние, не достигающее по тяжести и/или по формальным диагностическим критериям МКБ-10 до диагноза *большая депрессия* — либо нет всех необходимых для постановки диагноза большой депрессии симптомов, либо незначительно выражена их тяжесть, нет значительного нарушения жизнедеятельности и социального функционирования.

Дистимия или **дистимическое расстройство** — это хроническая депрессия, расстройство настроения с теми же симптомами, как и депрессия, но менее тяжёлое и более продолжительное.

Диагноз дистимии может быть установлен, только если расстройство продолжается не менее 2 лет.

Циклотимия — психическое аффективное расстройство, при котором пациент испытывает колебания настроения между субдепрессией и гипоманией.

Циклотимию диагностируют, если на протяжении не менее 2 лет у пациента наблюдаются частые приступы подавленного настроения, чередующиеся с приступами, которые отвечают критериям гипомании. Впоследствии циклотимия может трансформироваться в типичное биполярное расстройство.

Лечение аффективных расстройств

Для лечения маний, гипоманий, циклотимий используются нормотимические препараты к

которым относят

карбамазепин, вальпроевая кислота, соли лития, транквилизаторы.

При наличии галлюцинаторно-бредовой симптоматики используются нейролептики.

Для лечения депрессий, субдепрессий используются антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы, нейролептики.

| № п/п | Название синдрома | Объединяющие симптомы | Заболевания, при которых синдром наиболее часто встречается |
|-------|----------------------------|--|--|
| 1 | Маниакальный | Повышение настроения (эйфория), речевое и двигательное возбуждение, переоценка собственной личности или бред величия | Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства |
| 2 | Депрессивный | Снижение настроения, в том числе с апатией или тревогой; речевая и двигательная заторможенность, идеи самоуничужения | Аффективные расстройства. Шизоаффективные расстройства. Невротические расстройства |
| 3 | Галлюцинаторно-параноидный | Истинные галлюцинации или псевдогаллюцинации, бред преследования или величия | Шизофрения, психозы при алкогольной зависимости |
| 4 | Кататонический | Ступор, отсутствие речевой активности, негативизм, каталепсия, периодическое возбуждение | Шизофрения |
| 5 | Гебефренический | Эйфория, возбуждение, дурашливость (гримасы, вычурные позы и др.) | Шизофрения |
| 6 | Апатоабулический | Эмоциональное безразличие (апатия); отсутствие побуждений к деятельности (абулия) | Шизофрения. Опухоли мозга |

| п/п | синдрома | Объединяющие симптомы | Синдром наиболее часто встречается |
|-----|--------------------------------------|--|---|
| 7 | Деперсонализационно-дереализационный | Чувство изменения «Я» (деперсонализация) и окружающего (дереализация) | Аффективные расстройства. Шизофрения |
| 8 | Корсаковский | Фиксационная амнезия, расстройство ориентировки во времени, конфабуляции | Алкогольная зависимость, расстройства вследствие черепно-мозговых травм и других органических поражений мозга |
| 9 | Оглушенность (оглушение) | Затрудненное и замедленное осмысление окружающего. Речевая и двигательная заторможенность, нарушение запоминания | Черепно-мозговая травма, интоксикации, опухоли мозга |
| 10 | Делириозный (делирий) | Дезориентировка в месте и во времени, страх, сценopodobные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение | Инфекционные, интоксикационные, аутоинтоксикационные воздействия на мозг, черепно-мозговая травма |
| 11 | Аментивный (аменция) | Дезориентировка в месте, во времени, в собственной личности, бессвязность речи, хаотическое возбуждение в пределах постели | Длительные изнуряющие соматические и инфекционные заболевания, нейроинфекции |
| 12 | Онейроидный (онейроид) | Фантастически-калейдоскопические псевдогаллюцинации, деперсонализация, двойная ориентировка | Шизофрения |
| 13 | Сумеречные состояния сознания | Пароксизмально наступающая дезориентировка в месте, времени, собственной личности. Сохранение автоматизированных движений | Эпилепсия |



Спасибо за внимание