

Севастопольское государственное бюджетное
образовательное учреждение
профессионального образования
«Севастопольский медицинский колледж
имени Жени Дерюгиной»

Тема 02.01.6.4.

**СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ
ПСИХОЗЫ. ШИЗОФРЕНИЯ,
БИПОЛЯРНОЕ
РАССТРОЙСТВО.
ОСОБЕННОСТИ
СЕСТРИНСКОГО УХОДА.**

I. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ.

Классификация симптоматических психозов.

Выделяют клинические типы симптоматических психозов:

- **Острые симптоматические психозы с помрачением сознания** (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные и онирические состояния, острый вербальный галлюциноз).
- **Протрагированные симптоматические психозы** - переходные синдромы, по Вику (депрессивные, депрессивно-бредовые, галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный корсаковский психоз и конфабулез).
- **Органический психосиндром** вследствие длительного воздействия вредности на мозг.

Симптоматические психозы при соматических заболеваниях.

- ✓ Инфаркт миокарда.
- ✓ Сердечная недостаточность.
- ✓ Ревматизм.
- ✓ Злокачественные опухоли.
- ✓ Пеллагра.
- ✓ Почечная недостаточность и др.

Симптоматические психозы при отдельных инфекционных заболеваниях.

- ✓ Бруцеллез.
- ✓ Вирусные пневмонии.
- ✓ Инфекционный гепатит.
- ✓ Туберкулез.

Психические расстройства при отравлении промышленными ядами.

- ✓ Анилин.
- ✓ Ацетон.
- ✓ Бензин.
- ✓ Бензол, нитробензол.
- ✓ Марганец.
- ✓ Мышьяк.
- ✓ Оксид углерода Ртуть.
- ✓ Свинец.
- ✓ Тетраэтилсвинец.
- ✓ Фосфор и фосфорорганические соединения.

Лечение больных с симптоматическими психозами.

Больные с симптоматическими психозами подлежат госпитализации в психиатрическое отделение соматической больницы или в психиатрическую больницу.

Больные должны находиться под постоянным наблюдением не только психиатра, но и терапевта, а при необходимости - инфекциониста.

Больные инфарктом миокарда, а также после операции на сердце и с подострым септическим эндокардитом нетранспортабельны. При развитии у них психоза перевод в психиатрическую клинику категорически противопоказан. Таких больных лечат в стационаре общего типа, где надлежит обеспечить круглосуточный надзор, особенно при возбуждении и депрессии для предотвращения суицида.

Больным с выраженными органическими изменениями личности рекомендуется лечение в психиатрической больнице.

Терапевтические мероприятия при интоксикационных психозах направлены на устранение интоксикации.

Детоксицирующие препараты:

унитиол - до 1 г/сут внутрь или по 5-10 мл 50%-ного раствора внутримышечно ежедневно в течение нескольких дней при отравлении соединениями ртути, мышьяка (но не свинца!) и других металлов;

тиосульфат натрия (10 мл 30%-ного раствора внутривенно). Показаны внутривенные инфузии **реамбирин** и других дезинтоксикационных растворов, переливание крови, плазмы, кровезаменителей.

При острых отравлениях снотворными наряду с общими мероприятиями (сердечные средства, лобелиин, кислород) делают промывание желудка.

I. ШИЗОФРЕНИЯ. Краткая история развития учения о шизофрении.

- Как самостоятельное заболевание под названием «раннее слабоумие» было выделено в 1896 году немецким психиатром Эмилем Крепелином.
- Термин «шизофрения» был предложен в 1911 году швейцарским психиатром Эйген Блейлером; он полагал, что шизофрения - группа болезней эндогенного происхождения, которая объединяется общим психологическим признаком - расщеплением целостной психики, утрате единства между процессами мышления, эмоциями, аффектами при упадке активности.

Шизофрения (от греч. schizo — **расщепляю**, phren — **ум, душа**) – имеет **основные симптомы**: прогрессирующее (прогредиентное) эндогенное психическое заболевание, для которого характерны утрата единства психических функций, нарушение мышления, обеднение эмоциональной сферы и нарастающее ослабление психической активности.

Шизофрения имеет «**дополнительные симптомы**»:

- навязчивые расстройства,
- сенестопатии,
- истерические, ипохондрические симптомы,
- бредовые, галлюцинаторные, псевдогаллюцинаторные расстройства,
- депрессивные, маниакальные, кататонические, онейроидно-кататонические проявления.

Дополнительные симптомы могут быть, а могут и не быть, в то время как основные симптомы обязательны. Память и приобретенные ранее знания сохраняются, так что собственно интеллект при шизофрении не страдает.

Эпидемиология.

Принятый показатель 72 на 10 000 человек (0,72 %) усредняет эти колебания.

Заболеваемость шизофренией не одинакова у людей различных рас и национальностей, что говорит в пользу наследственной теории этого заболевания.

Этиология.

Со времени описания этой болезни Э. Крепелином и введения Э. Блейером термина «шизофрения» бытовало огромное число этиологических концепций; все гипотезы и теории происхождения шизофрении. Например, открытие каждого нового нейромедиатора тут же отзывалось соответствующей теорией происхождения шизофрении — ацетилхолиновой, норадреналиновой, серотониновой. Все они ушли в прошлое. Наиболее достоверна и доказательна наследственная теория шизофрении.

Патогенез.

Обнаруженные у больных шизофренией нейрохимические, биохимические, а также иммунологические изменения оказались для нее неспецифическими. Сейчас внимание акцентируется на **дофаминовой теории шизофрении**. Это вовсе не исключает, а скорее увязывается с наследственным предрасположением к болезни.

Обнаружено увеличение уровня **дофамина** у пациентов с шизофренией либо увеличение участков его связывания в отдельных структурах мозга. Но основным аргументом в пользу дофаминовой теории является то, что все психотропные средства, оказывающие положительный терапевтический эффект, являются дофаминоблокаторами.

Начало шизофрении

Эта болезнь чаще начинается в молодом возрасте – 15–25 лет, однако нередко развивается в детском, зрелом возрасте. Начало шизофренического процесса в старости – редкость, хотя описаны случаи начала болезни в 55–65 лет.

Шизофрения практически **никогда не начинается внезапно**, расстройства психики и поведения обычно становятся видны окружающим через недели, месяцы, а иногда и годы после начала болезни. Это обстоятельство, к сожалению, приводит к позднему началу лечения; к психиатрической помощи в уже запущенных случаях, иногда в трагических обстоятельствах, когда пациенты совершают суицидные попытки или агрессивные поступки в отношении окружающих.

Типичные варианты начала шизофрении:

- 1) пациенты становятся замкнутыми, погруженными в себя, обрывают прежние социальные связи (родители, друзья, школа, работа). Это происходит без видимых внешних причин или неадекватно внешним социальным воздействиям;
- 2) пациенты становятся напряженными, недоверчивыми, страдают упорной бессонницей, жалуются на головные боли. Это также происходит вне внешних воздействий или неадекватно им;
- 3) пациенты чувствуют, что в них самих или в их окружении что-то изменилось, причем часто они не в состоянии описать это здоровым людям – это переживание чрезвычайно мучительно (деперсонализационно-дереализационный синдром).

В результате болезненного процесса, при разных формах проявлений или течения, возникают одни и те же симптомы, именуемые **негативными** или, ранее именуемые **шизофреническим дефектом**:

а) **эмоциональное уплощение**: апатия, утрата интересов, бедность эмоциональных реакций;

б) абулия, безволие, бездеятельность, органично связанная с апатией;

в) аутизм, погруженность в свои переживания, утрата социальных интересов, бедность речи и ответов на окружающие стимулы;

г) тяжелые расстройства мышления, вплоть до разорванности.

Негативные симптомы (дефект) – развиваются не при всех формах шизофрении. Шизофренический дефект нельзя отождествлять со слабоумием (органической деменцией). После успешного курса терапии у пациентов обнаруживается способность к сложным логическим построениям, решению задач.

Типы течения шизофрении.

- а) непрерывный с нарастающим дефектом – 25–35 %;
- б) эпизодический с нарастающим дефектом (ранее именуемый приступообразно-прогрессирующим типом течения) – около 30 %;
- в) эпизодический со стабильным (ненарастающим) дефектом – 10–15 %;
- г) эпизодический ремиттирующий (без образования четкого дефекта) – 10 %;
- д) злокачественный тип течения с образованием глубокого дефекта – 5 %.

Клинические формы шизофрении и подтипов этих форм

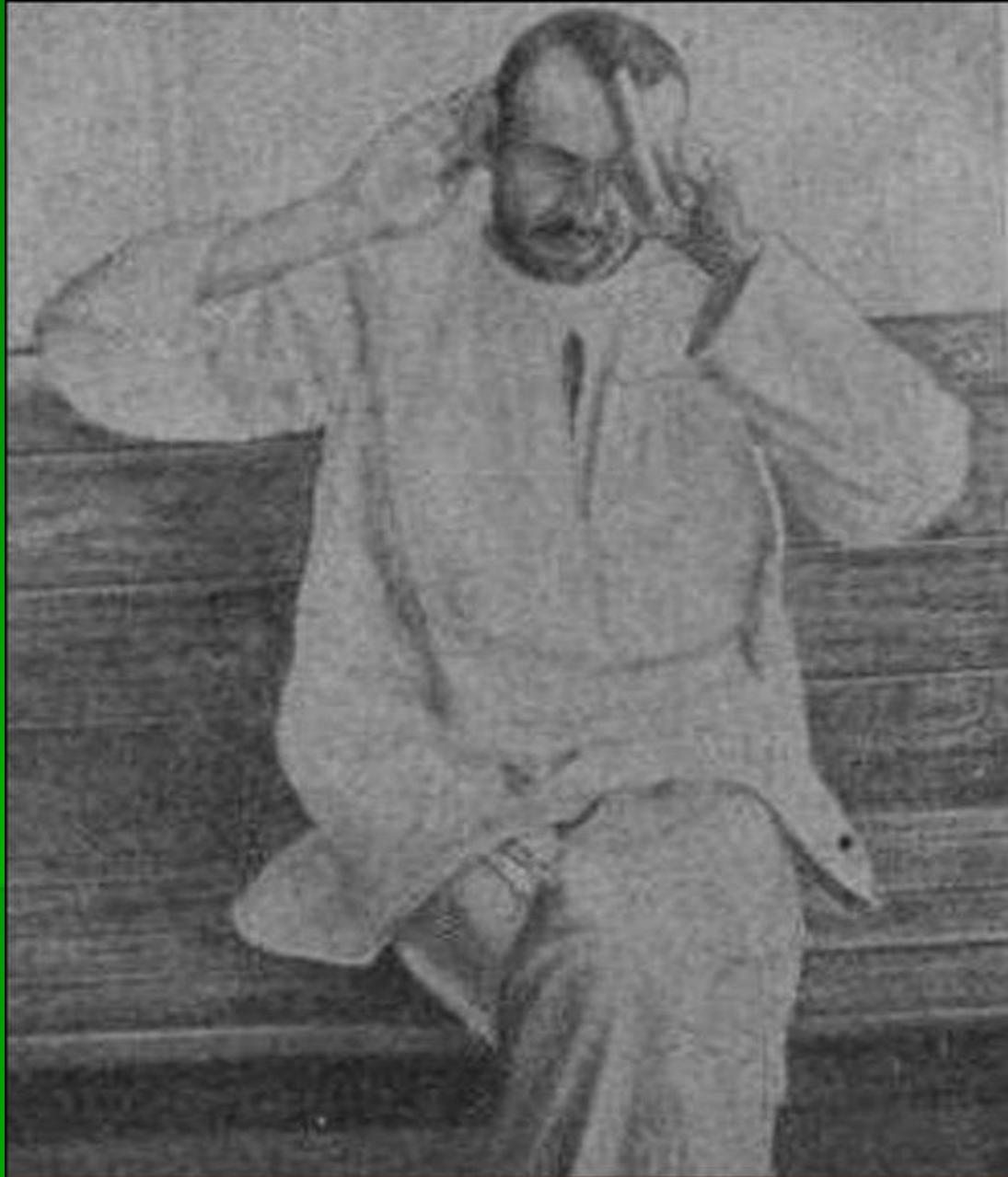
1. Параноидная форма.
2. Гебефреническая форма.
3. Кататоническая форма.
4. Шизоаффективные расстройства (циркулярная, депрессивно-параноидная и другие формы).
5. Простая форма шизофрении.
6. Постшизофреническая депрессия.

Параноидная форма.

Это наиболее часто наблюдающаяся форма шизофрении. Начало болезни, как правило, позже 20 лет, нередко она развивается после 30 лет. Тип течения чаще непрерывный, реже эпизодический.

Негативные симптомы, проявления шизофренического дефекта, хоть и развиваются, но не выражены, не доминируют в клинической практике, дефект не достигает глубоких степеней.

Параноидная форма шизофрении относительно успешно поддается терапии.



**Параноидная шизофрения
(вычурная поза, галлюцинаторно-параноидный синдром)**

Для параноидной формы шизофрении более характерны не истинные, а ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации). Пациенты ощущают голоса либо в голове, либо в некоем поле между собой и окружающими, говорят о проникновении чужих голосов в голову и о насильственном их туда помещении.

Нередко больные ощущают открытость мыслей голоса, как эхо своих собственных мыслей (симптом «эхо мыслей»). Бывает, что голоса и мысли пациент различает нечетко, говоря о звучащих мыслях и тут же указывая на их отчуждение, звучание помимо его воли, тогда же пациенты указывают, что кто-то говорит их языком.

Пациента беспокоят неприятные ощущения в различных частях тела (сенестопатии), в ряде случаев можно говорить о тактильных или висцеральных галлюцинациях, когда пациенты указывают, например, на образование под кожей шаров или других предметов.

Бредовые идеи при параноидной форме шизофрении находятся в тесной связи с галлюцинациями.

Чаще первыми появляются **бредовые идеи величия** (особенного предназначения, высокого происхождения и т. п.), различные варианты **религиозного бреда** («Я послан Господом на землю... спасти людей»; при этом наблюдаются и слуховые псевдогаллюцинации – пациент слышит в голове голос Господа, ангелов и т. д.), **бред преследования**, **бред отношения**: он видит, что вокруг разыгрывается спектакль, целью которого является ввести его в заблуждение, **болезненные идеи** могут сочетаться с бредом высокого происхождения, особого предназначения (уверенности, что больной должен выполнить некую «высокую миссию»).

При параноидной форме шизофрении ярко выражены **проявления психического автоматизма** (переживания отчужденности, насильственности, сделанности психических актов; мышления, настроения, действий).

Иногда отмечается наплыв мыслей (их много, они бегут) или, наоборот, внезапная остановка мыслей, все это также переживается как насильственное, навязанное.

Эмоциональная сфера пациента на первый взгляд может казаться незатронутой, пациент может ярко, образно, волнуясь рассказывать о своих переживаниях. В то же время подробный разговор с пациентом может выявить охлаждение его к близким, друзьям.

Поведение пациента. При относительно остром течении процесса, наплыве галлюцинаций, бреда у пациентов могут развиваться растерянность, раздражение или агрессивность (с требованиями, например, немедленно выпустить его из больницы).

В других случаях пациент может быть внешне спокоен, с персоналом вежлив, корректен. Поскольку логические способности при этой форме шизофрении страдают мало, пациент легко приходит к заключению, что если он хочет выйти из больницы, то должен демонстрировать «здоровое» поведение и поэтому склонен утверждать и демонстрировать уже в самом начале терапии исчезновение бредовых идей (то есть диссимулировать). **Клинический пример. Фото.**

3. Кататоническая форма шизофрении.

Эта форма сейчас по неустановленным причинам редко встречается в индустриально развитых странах, хотя полвека назад проявлялась довольно часто. Ведущими при этой форме являются двигательные нарушения:

- кататонический ступор или
- кататоническое возбуждение, которые нередко сменяют друг друга.

Кататоническая форма шизофрении впервые проявляется в возрасте около 20 лет или чуть позже. Тип течения чаще всего эпизодический с нарастающим дефектом (приступообразно-прогрессирующий). Однако нередко эта форма шизофрении сравнительно неплохо поддается терапии.

Кататоническая форма шизофрении.



«Эмбриональная поза»
при кататонической форме шизо-
френии.



Каталепсия.

Шизоаффективные расстройства.

Раньше эту форму заболевания обозначали как **периодическую шизофрению** (включающую циркулярную, депрессивно-параноидную и другие формы). В картине болезни сочетаются симптомы шизофрении и аффективных расстройств.

Тип течения шизоаффективных расстройств чаще всего **приступообразный, ремиттирующий без образования дефекта.** Если дефект и образуется, то он неглубок. Шизоаффективные расстройства поддаются терапии психотропными средствами. Более трудной задачей является предупреждение рецидива расстройств, а также определение первых признаков рецидива.

Простая форма шизофрении характеризуется неуклонно нарастающим шизофреническим дефектом; другие проявления болезни менее заметны. Тип течения болезни – непрерывный. Терапевтические возможности ограничены, психиатры возлагают надежду на нейролептики последнего поколения, однако на настоящее время прогноз при простой форме шизофрении неблагоприятен. Болезнь подкрадывается исподволь, родственники и близкие редко замечают начало болезни и в какой-то момент вдруг видят, что человек стал совершенно другим (недаром эта форма шизофрении получила образное название – «домашний вор»).

Исчезают прошлые привязанности, угасает интерес к работе или учебе. Пациенты слоняются без дела, нередко бродяжничают.

Они теряют способность к сочувствию, сопереживанию своим родным или друзьям, безразличны к их горестям или радостям.

Лицо становится маловыразительным, голос монотонным.

Иногда растормаживаются низшие влечения – пациенты становятся невероятно прожорливыми, беззастенчиво онанируют.

Характерна неряшливость: пациенты не меняют белья, не моются. Обычно они проявляют агрессию к родным, пытающимся вовлечь их в разговор или совместные действия.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Постшизофреническая депрессия.

После перенесенного психического расстройства и особенно если пациент узнает диагноз, появляются ощущение полного краха надежд и стремлений, мысли о полной потере работоспособности, о невозможности завести семью или о крахе семьи, если она уже есть. Весьма высок при этом риск суицида, хотя обычно такие пациенты внешне выглядят благополучными, иногда даже улыбающимися, порой несколько апатичными.

Клинический пример:

Лечение шизофрении

- Инсулиншоковая терапия. Этот вид лечения теряет популярность, хотя иногда применяется.
- Инсулиншоковая терапия назначается обычно при первом поступлении пациента в стационар, редко при рецидивах.
- При этом удается достичь длительной ремиссии, а иногда и исчезновения болезни. Наиболее часто подвергаются инсулиншоковой терапии пациенты с параноидной формой шизофрении.

Применение психотропных средств.

Психотропные средства являются основным методом лечения шизофрении.

На первом этапе, в острой фазе психических расстройств или при их рецидиве проводится *купирующая терапия*. Затем, по окончании острого периода психических расстройств, медикаментозные средства становятся частью *реабилитационных мероприятий* и в амбулаторных условиях носят характер *поддерживающей терапии*.

Последнее время все большее распространение получают нейролептики пролонгированного действия модитен-депо, галоперидол-деканоат и др.

Благодаря приготовлению масляных солевых растворов указанных препаратов их действие носит продленный характер; при внутримышечном введении они сохраняют свою активность в течение 2 – 4 недель. Эти препараты удобны при их использовании в амбулаторной практике.

При этом риск возникновения побочных эффектов уменьшается, так как дозы вводимых препаратов оказываются значительно меньшими, а концентрация в организме сохраняется.

Психотерапия.

Значение этого метода лечения неуклонно возрастает по мере выхода пациента из фазы острых психических расстройств. Психотерапию осуществляют лечащий врач, психолог, а также наблюдающая за пациентом медсестра. В ближайшее время у нас в стране психотерапия должна стать одной из ведущих составляющих сестринского процесса. Как и при других душевных болезнях, психотерапия у пациентов, страдающих шизофренией, делится на:

Индивидуальную,

групповую

семейную.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью пациента, речь отсутствует.

Тонус мышц может быть повышен, однако нередко наблюдается и мышечная гипотония. Пациент проявляет пассивное противодействие процедурам, кормлению и другим вмешательствам (**пассивный негативизм**), иногда активно сопротивляется и может проявлять агрессивность.

Нередко наблюдается восковидная гибкость мускулатуры (**каталепсия**), когда пациент удерживает любую придаваемую позу.

В состоянии кататонического ступора пациент тем не менее запоминает и правильно оценивает происходящее вокруг него, сознание его не расстроено. **Фото.**

Ступор сменяется кататоническим возбуждением резко и критически, пациент в состоянии ступора должен поэтому находиться под усиленным наблюдением.

В состоянии кататонического возбуждения пациент совершенно неуправляем; наблюдается бесцельная двигательная активность, неудержимая агрессия. Пациент может крушить все подряд, срывать с себя одежду, совершать противоположное тому, что от него требуют (**активный негативизм**).

Как в состоянии кататонического возбуждения, так и в ступоре, особенно если наблюдаются онейроидные переживания, у пациента может резко повыситься температура, нарушиться водно-солевое равновесие. Такие состояния раньше выделяли в особую **фебрильную форму шизофрении** (причем применение антипирогенных средств, например аспирин, в данных случаях совершенно неэффективно;

2. Гебефреническая форма шизофрении.

Эта форма обозначается как дезорганизованная и, по сути дела, контрастирует с только что описанной параноидной формой.

Во-первых, по времени начала заболевания: гебефреническая форма типична для пациентов в детском, подростковом и юношеском возрасте (до 20 лет).

Во-вторых, по типу течения болезни: оно злокачественное, с быстрым образованием глубокого дефекта.

Возможности терапии при этой форме шизофрении ограничены, в частности, образования дефекта обычно не удается предотвратить.



Гебефреническая шизофрения (гебефреническое возбуждение)

Гебефреническая форма шизофрении – одна из наиболее остро развивающихся, не всегда удается проследить начальные симптомы.

Проявляется эта форма **нелепым возбуждением**, больные напоминают играющего, расшумевшегося ребенка. Наблюдается дурашливость, гримасы, кривляния, нелепый хохот, бег, кувыркания

В отношении других лиц может проявляться неожиданная ласка и агрессия либо смена одного другим.

Поведение может быть для окружающих крайне неприятно: проявляются нечистоплотность, неопрятность, открытый онанизм. Фото.

Судебная психолого-психиатрическая экспертиза при шизофрении.

Пациенты практически всегда при совершении преступлений признаются невменяемыми (в остром состоянии или при неполной ремиссии) и им назначается **принудительное лечение.**

Если пациенты совершают особо опасное преступление, такое лечение проводят в психиатрических больницах с усиленным режимом наблюдения, в других случаях – в психиатрических больницах общего типа.

Военно-врачебная экспертиза.

Во всех случаях (даже в состоянии ремиссии) пациенты, страдающие шизофренией, признаются негодными к военной службе как в мирное, так и военное время.

Медико-социальная экспертиза.

Заключение зависит от состояния конкретного пациента: может устанавливаться III группа инвалидности, II группа инвалидности с трудовыми рекомендациями или с установлением полной нетрудоспособности (например, при глубоком эмоционально-волевом дефекте при гебефренической или простой форме шизофрении).

Иногда, при полной невозможности себя обслуживать, при резистентности к медикаментозным и иным вмешательствам, пациентам устанавливается I группа инвалидности.

I. БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО

. В МКБ-10 маниакальные или депрессивные состояния или фазы сейчас именуется «маниакальные и депрессивные эпизоды».

Так, известный более 100 лет маниакально-депрессивный психоз теперь именуется «биполярное аффективное расстройство», которое имеет преимущественно наследственное происхождение. В ряде случаев прослеживается доминантный тип наследования болезни (мать — дочь — внучка и т. п.; это так называемые ядерные семьи).

Отмечается, что особенно подвержены аффективным расстройствам люди определенной конституции (особого строения тела и функционирования нервной системы). Речь идет о пикнической или гиперстенической конституции – это люди, склонные к полноте, с широкой грудной клеткой, короткой шеей и мягкими (округлыми) чертами лица, склонные к спонтанным (беспричинным) колебаниям настроения.

Биполярное аффективное расстройство включает в себя как маниакальные и депрессивные эпизоды, так и заболевания, при которых эти эпизоды (фазы) чередовались. Варианты их чередования:

- маниакальный эпизод – депрессивный эпизод,
- депрессивный эпизод – маниакальный эпизод без светлого промежутка;
- депрессивный эпизод – светлый промежуток – маниакальный эпизод;
- маниакальный эпизод – светлый промежуток – депрессивный эпизод.

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО.



Неволеем
Медицина и здоровье

Лечение при депрессивных эпизодах.

Основными лечебными препаратами являются антидепрессанты.

При их неэффективности прибегают к электросудорожной терапии.

Назначение того или иного препарата зависит от тяжести и особенности клинических проявлений депрессивного эпизода.

При депрессиях умеренной и легкой степени назначают антидепрессанты последнего поколения: прозак, паксил, ципрамил, золофт, тразодон, леривон, аурорикс

Клиническая картина маниакального состояния.

Клиническая картина проявляется эйфорией, как правило, со стремлением к повышенной деятельности; ускорение мышления и речи, двигательное возбуждение, идеи переоценки собственной личности или бредовые идеи величия.

В клинической практике наблюдаются маниакальные эпизоды различной выраженности – легкой, средней и тяжелой.

Лечение при маниакальных эпизодах.

Нейролептики, применяемые для лечения маниакальных эпизодов, должны обладать седативными свойствами. Наиболее эффективными препаратами являются аминазин, галоперидол и азалептин. В первую очередь они влияют на речевое и двигательное возбуждение пациентов.

Депрессивные эпизоды.

Основные проявления депрессивного синдрома – снижение настроения, замедление мышления, двигательная заторможенность, идеи самообвинения (с высоким риском суицида).

Выраженность депрессивного эпизода также может быть легкой, умеренной и тяжелой. В настоящее время для профилактики расстройств настроения также широко применяют антиконвульсанты-нормотимики. **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР:**

Депрессия



НеБолеем
Медицина и здоровье

Симптомы, которые указывают на психотический характер депрессии (не обусловленной переутомлением, соматическим страданием или психотравмой), то есть на депрессивный эпизод:

1. Утренний характер расстройств: падение настроения и соматические недомогания ощущаются в наибольшей степени утром.
2. Ощущение локализации тоски или тревоги в теле.
3. Потеря аппетита и падение массы тела.
4. Частые запоры.
5. Повышение артериального давления.

III. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС.

Сестринский процесс при шизофрении (как и при других душевных болезнях) включает пять составляющих стадий:

- 1) сбор информации;
- 2) определение проблем;
- 3) планирование;
- 4) выполнение;
- 5) оценку эффективности вмешательств.

Поскольку при общении с пациентами, страдающими шизофренией, агрессия с их стороны хоть и нечасто, но возникает, приводим в сокращенном виде схему по уходу:

1. Уговорить пациента перенести его действия в иную плоскость.
2. Заручиться поддержкой коллег, чтобы удалить других пациентов, но одного держать около себя.
3. Задавать конкретные, нетревожащие вопросы спокойным модулированным голосом.
4. Не выпытывать причину агрессии, но указывать на ее последствия (помеха работе, невнимание к другим пациентам и т. п.).

Вопросник для выявления галлюцинаторных, бредовых и других переживаний:

1. Наличие изменений сенсорного восприятия (галлюцинации, иллюзии, сенестопатии и другие проявления, здесь же указывается на наличие деперсонализации и дереализации).
2. Наличие изменений познавательных процессов (бреда, аутистических построений мышления и других проявлений).
3. Наличие изменений коммуникации: формальность общения, нежелание общения, полное отсутствие общения и т. д.
4. Изменения в двигательной сфере: жесты и позы, манерность, возбуждение, ступор.
5. Изменения аффекта: необычно пониженное или повышенное настроение, злобность, апатия.
6. Повышенный риск суицида.

7. Повышенный риск совершения насильственных действий.

8. Изменение семейных взаимоотношений: разобщенность с семьей, распад семьи, непонимание семьей состояния пациента, отторжение пациента.

9. Наличие проблем с занятостью, падение и утрата работоспособности, непонимание коллегами, угроза потери занятости.

10. Наличие дефицита самоухода (неряшливость, неопрятность, нежелание себя обслуживать и т. п.).

11. Наличие нежелательных (побочных) реакций на назначенные психотропные средства: тремор, замедление

Планирование сестринских вмешательств и их оценка.

Сестринские вмешательства, предпринимаемые к пациентам, страдающим шизофренией с острыми расстройствами и на переходе к ремиссии:

1. Выполнять и прослеживать выполнение лекарственных и иных медицинских назначений, отмечать эффективность, побочные эффекты лекарств и обращать на это внимание врача.
2. Пытаться определить стресс-факторы, усиливающие галлюцинаторные и иные переживания пациента. Обеспечить ему спокойную умиротворяющую обстановку, чтобы уменьшить импульсивность, тревогу и другие проявления.
3. По мере стихания галлюцинаторно-бредовых и других переживаний сначала отвлекать пациента от них, делая их менее актуальными; указывать пациенту на последствия, а не обсуждать бредовые и иные переживания. Лишь в дальнейшем подводить пациента к критической оценке его суждений и поведения.

4. Помогать пациенту в личной гигиене: одевании, умывании и т. п., пока он (она) не научится делать это самостоятельно. Установить и обозначить для пациента точное время самообслуживания.
5. Привлекать и побуждать пациентов к групповой активности (общению с другими больными; участию в психотерапевтических группах, трудотерапии и т. п.).
6. Всячески одобрять пациента, у которого происходит возврат к нормальным суждениям, нормальному поведению и усилению активности. Оценивать и увеличивать степень самоуважения пациента; предупреждать таким образом постшизофреническую депрессию.
7. Проводить беседы с пациентом относительно его правильного поведения дома и способов предотвращения рецидива болезни. Обучать распознаванию первых признаков рецидива и необходимости срочного обращения за медицинской помощью.
8. Тщательно документировать и сохранять все полученное при взаимодействии с пациентом.
9. Активно проводить работу с семьей пациента. Подводить их к пониманию его болезненных симптомов и проблем, особенно после его выписки из стационара.

Оценка эффективности вмешательств производится в разное время и зависит целиком от их содержания: так, при определении эффективности лечения или побочных эффектов лекарств – ежедневно; при помощи в самоходе или побуждении пациента к активности – еженедельно.

Все вмешательства у пациентов, страдающих шизофренией, производятся с сохранением основных правил общения с ними: беседа короткой продолжительности, особенно в начале общения, конкретность и определенность заявлений.

Тема самостоятельной работы обучающихся:

«Особенности наблюдения и сестринского ухода за больными, получающими инсулинокоматозную».

Спасибо за внимание

