Шизофрения.

шизофрения (греч. schizo- разделять, расщеплять, phren — ум, разум) на русский обычно переводят как **«расщепление разума»,** подразумевая особую «дисгармоничность» и «утрату единства психических процессов».

Эпидемиология.

По данным ВОЗ (2017), во всем мире насчитывается 21 млн человек, страдающих шизофренией, хотя последняя рассматривается как курабельное расстройство, и каждый второй больной не получает активного лечения.

В 98 % случаев заболевание дебютирует в возрасте до 40 лет.

Пик заболеваемости приходится на подростковый и юношеский возраст (период от 15 до 25 лет), хотя опасный возраст для шизофрении определяется в границах от 15 до 45 лет при отмеченных случаях заболевания как в более раннем, так и позднем возрасте.

Мужчины и женщины поражаются с одинаковой частотой, хотя у мужчин признаки болезни, как правило, развиваются на несколько лет раньше.

У женщин течение болезни обычно более мягкое, с доминированием расстройств настроения, болезнь в меньшей степени отражается на их семейной жизни и профессиональной деятельности.

У мужчин чаще наблюдаются развернутые и стойкие бредовые расстройства, нередки случаи сочетания эндогенного заболевания с алкоголизмом, политоксикоманиями, асоциальным поведением.

Отмечено, что преобладающая концентрация больных шизофренией наблюдается в районах с наибольшей социальной дезорганизацией и среди эмигрантов, в значительно меньшей степени она характерна для материально высокообеспеченного населения.

Этиология и патогенез

Генетические причины шизофрении.

Доказано, что риск развития заболевания значимо возрастает в зависимости от степени родства со страдающим шизофренией (при этом риск у родственников увеличивается не только в отношении шизофрении, но и в отношении других психических расстройств). Предполагается, что при шизофрении множество генов, каждый из которых имеет свой слабый эффект, в совокупности определяют риск заболевания.

Социальные стрессоры. Например, в многочисленных исследованиях было показано, что риск шизофрении у мигрантов выше, чем у оседлого населения. Тоже касается других случаев социального неблагополучия (происхождение из низших социальных слоев, бедность, бездомность и пр.), дискриминации, социальной изоляции и пр.

Жизнь в городах. Лица, выросшие в городах, имеют больший риск развития шизофрении, чем те, кто вырос и живет в сельской местности.

Рождение в зимний период времени. Незначительное повышение риска развития шизофрении у родившихся зимой людей иногда связывают с более высокой вероятностью инфекционных заболеваний матери во время беременности.

Осложнения во время беременности и родов. В исследованиях последних десятилетий выявлено, что осложнения во время беременности и родов повышают риск развития шизофрении. Предполагается, что эти факторы вносят свой вклад в нарушение развития нервной системы.

Употребление каннабиноидов. В настоящее время употребление марихуаны считается одним из наиболее значимых факторов, повышающим риск развития шизофрении.

Особенности воспитания и внутрисемейных отношений. Предполагается, что частота развития шизофрении повышается при воспитании в условиях чрезмерных эмоциональных нагрузок, назойливой гиперопеки, стремления к контролю со стороны родителей, особенно, если такое воспитание сочетается с эмоциональным неприятием ребенка, холодностью или насилием.

Жизненные события, которые можно рассматривать, в качестве психотравмирующих. В некоторых случаях, первой манифестации шизофрении или очередному рецидиву заболевания предшествуют различные «стрессовые», неблагоприятные жизненные события. Предполагается, что они, как и различные соматические заболевания, употребление психоактивных веществ или, например, послеродовый период, могут в большей степени оказывать влияние на манифестацию заболевания (т.е. являться «пусковыми» факторами), а не обуславливать его происхождении.

Концепции патогенеза шизофрении.

В последнее время шизофрению все больше осмысливают как расстройство развития ЦНС, в отличие от статического поражения головного мозга или несостоятельности созревания мозга на окончательной стадии его развития.

Так, нейровизуализационные исследования выявили структурные аномалии головного мозга уже на момент начала заболевания.

Часто у пациентов, которым с возрастом был выставлен диагноз «шизофрения», еще в молодом возрасте встречались когнитивные и моторные нарушения.

На основании имеющихся данных шизофрения представляет собой распространенные нарушения во многих корковых и подкорковых районах и, скорее всего, вовлекает нарушение работы всех нейромедиаторных систем мозга (ГАМК, дофамин, глутамат, ацетилхолин и др.).

Клиника и диагностика.

«Схизис» — расщепление.

«Схизис» — это не симптом болезни, а определенное свойство, которым наделены все проявления шизофрении.

«Расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого, можно заметить в самых различных клинических проявлениях шизофрении:

- Мыслительные процессы — разорванное, дезорганизованное мышление
- Эмоциональные процессы — эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность
- Волевые процессы — абулия, утрата единого волевого стержня личности, направляющего и скрепляющего воедино всю деятельность человека, определяющего его поведение
- Утрата границ своего «Я» — отчуждение своих собственных психических процессов, т.е. психические автоматизмы
- Аутизм — разрыв контактов между внутренним миром больного и внешним, *преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира.*

В клинической картине у разных пациентов могут преобладать расстройства различных сфер психической деятельности, что определяет многообразие клинических проявлений шизофрении.

Иногда говорят, что «расщепление» при шизофрении — как трещины, расходящиеся по стеклу после удара — трудно предугадать как и куда они пойдут, и каждый раз рисунок будет разный.

<u>В настоящее время в клинической картине шизофрении выделяют следующие группы признаков:</u> продуктивную симптоматику, негативную симптоматику и когнитивные нарушения.

Позитивные расстройства *при шизофрении крайне полиморфны и, находясь в сочетании с негативными явлениями, формируют психопатологические синдромы, сменяющие друг друга в течение заболевания.*

К ним относятся *<u>неврозоподобные и психопатоподобные, аффективные, галлюцинаторно-бредовые и кататонические симптомокомплексы.</u>*

В основе диагностики шизофрении лежит выявление первой группы симптомов, *<u>шизофренических симптомах первого ранга:</u>*

— звучание мыслей - слуховые галлюцинации собственного голоса, озвучивающего мысли больного;

— голоса (галлюцинаторные) антагонистического (спорящего) или обсуждающего (обычно больного) характера;

— галлюцинаторные голоса, комментирующие действия больного;

— «соматическая пассивность»

— ощущения физического воздействия, тактильные (гаптические) в виде ощущений схватывания, прикосновения, касания или висцеральные галлюцинации «сделанного» характера;

— отчуждение («кража») мыслей

— ощущение исчезновения мыслей из-за внешнего воздействия;

— «вкладывание» мыслей;

— трансляция мыслей - ощущение передачи мыслей больного широкому кругу окружающих людей;
— «сделанные» эмоции - ощущение, что чувства вызваны воздействием извне;
— «сделанные» импульсы - ощущение, что побуждения к действиям вызваны воздействием извне;
— «сделанные» действия - ощущение, что двигательные акты больного управляются извне;
— бредовое восприятие - восприятие всех происходящих вокруг событий как имеющих отношение к больному и их немедленное бредовое толкование.

Представления ***о негативной симптоматике*** *базируются на концепции четырех «а»* в качестве диагностических критериев шизофрении: *аутизм, патология аффекта, ассоциаций и амбивалентность.*

Аутизм, который выражается в преобладании внутренней жизни с активным уходом из внешнего мира в мир грез и внутренних представлений, характеризуется отрывом личности пациента от окружающей действительности с возникновением особого внутреннего мира, доминирующего в психической деятельности больного шизофренией.

Аутистическое мышление не зависит от логических законов, оно полностью игнорирует действительность и не направлено на внешний мир.

Содержание переживаний нередко похоже на мифы, сказки, фантазии. Больные называют себя «просветителями», «философами», чувствуют в себе новое призвание, новые способности. Они могут давать себе новое имя, не замечая при этом несоответствия своих представлений действительности.

Аутистическое мышление игнорирует временные соотношения. Прошлое, настоящее и будущее перемешиваются.

Для шизофрении характерны своеобразные **эмоциональные изменения**, когда наблюдается прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций вплоть до развития состояний эмоциональной дефицитарности, а также их неадекватности и парадоксальности. Эти расстройства могут быть обозначены как ***«чувственная тупость».***

На начальных этапах болезни она проявляется еще не резким, но уже заметным ослаблением эмоций по отношению к родителям, другим близким и дорогим лицам и ослаблением свойственных ранее больным интересов и избирательных увлечений (хобби).

Больные часто неуместно улыбаются и даже смеются при печальных сообщениях и горестных для них событиях. Именно в связи с такой эмоциональной неадекватностью и непонятной враждебностью и злобой к родителям больные впервые и попадают в поле зрения психиатров.

Больные безразличны не только к любимым (в прошлом) занятиям, к общественным событиям и судьбам родины, но не проявляют должного интереса к удовлетворению своих низших, биологических чувств (голода, самосохранения и др.).

Именно этим объясняется пассивность больных в отношении пищи, их особая «терпимость» по отношению к болевым и термическим воздействиям, резкое ослабление самозащитного инстинкта.

Больные безразличны к родным, близким и собственной судьбе, у них утрачиваются желания, они не тяготятся постоянным пребыванием в психиатрической больнице, становятся пассивными и неряшливыми.

Следует отметить, что нарастающие с течением болезни проявления чувственной тупости обычно происходят *на фоне относительно сохранных памяти и интеллекта.*

Особенно характерны для шизофрении ***разнообразные расстройства мышления***.

В процессе течения заболевания речь становится недостаточно конкретной, излишне витиеватой, больные склонны чаще, чем прежде, и не по назначению пользоваться абстрактными выражениями, пускаться в пространное пустое рассуждательство на отвлеченные, например философские, темы.

Отмечается склонность к бесплодному рассуждательству, мудрствованию (резонерству).

При этом речь, сохраняя грамматическую правильность, теряет смысл, в связи с чем утрачиваются ее коммуникативные функции, ***атактическое (разорванное) мышление.***

Процесс мышления утрачивает автоматический характер, исчезает образность мышления, преобладает склонность к абстракции и символике, наблюдаются феномен «соскальзывания», «обрывы мыслей».

Волевые расстройства при шизофрении проявляются, прежде всего, нарастанием гипобулии и абулии.

Больные становятся все более и более пассивными, они не принимают участия в трудовых процессах в больнице, не способны обслуживать самих себя дома (при выписке), перестают следить за собой, становятся неряшливыми, большую часть времени проводят в постели или ходят по палате и коридору, не вступая в общение с другими и избегая контактов с врачом.

С течением времени эта **абулия** все более нарастает и приводит не только к распаду волевых актов, но и к нарастающему ограничению автоматизированных и инстинктивных действий, поскольку больные становятся пассивными и в отношении интересов пищевых, самосохранения и др.

Вне стационара больным становится все труднее и труднее учиться, и работать.

Любая деятельность, особенно умственная, требует особого напряжения, и при этом крайне затруднена концентрация внимания.

Для этих больных, кроме нарастающего ослабления всех форм деятельности, характерны еще различные *формы извращенных действий* — ***парабулия*.**

Сюда относятся разнообразные парамимии и парапраксии.

Парамимии — это особое гримасничанье, особая манерная мимика. Характерны различные ужимки, необычное сощуривание глаз, искаженное выражение лица, которые у каждого больного свои, индивидуальные, но вместе с тем имеют что-то общее для всех больных.

К **парапраксиям** принадлежат разнообразные необычные позы, когда больной сидит или стоит; это — необычайная, совершенно особенная походка с раскачиванием в коленных и тазобедренных суставах и выставлением живота вперед и т. д.

К парапраксиям относятся и необычные жесты больных, особенно — манерные движения, когда они подают руку для приветствия, перевертывая ее волярной поверхностью наружу, и т. п.

Для шизофрении, таким образом, характерна не просто абулия, а абулия в сочетании с парабулией.

Достаточно характерны для шизофрении и так называемые **явления дрейфа**, суть которых сводится к утрате самостоятельности и целенаправленности в выборе жизненного пути, к нарастающей пассивности больного, невозможности построения «линии жизни».

Сами пациенты сравнивают свою жизненную кривую с лодкой, льдиной, которую несет по течению в неизвестном для них направлении.

Легко попадая в те или иные асоциальные ситуации, больные пассивно подчиняются лидерам микрогрупп, злоупотребляя алкоголем и наркотиками, при этом не испытывая к этому настоящего влечения.

Пассивно повторяя поступки окружающих их лиц, они могут совершить противоправные действия.

В то же время при изоляции от антисоциального окружения, оставаясь вялыми и пассивными, признаков неправильного поведения больные, как правило, не обнаруживают.

Больные становятся неряшливыми, неаккуратными, меняется и манера одеваться: у одних в одежде преобладает вычурность, нелепость, несоответствие туалетов возрасту и положению в обществе, у других — крайняя неопрятность, консерватизм, игнорирование норм этики.

Когнитивные нарушения при шизофрении

Когнитивные нарушения могут обнаруживаться еще на продромальном этапе заболевания и в наибольшей степени прогрессируют в первые годы болезни.

Речь идет о нарушениях различных видов памяти, внимания, скорости обработки информации, исполнительной функции.

Больные всех возрастов хуже выполняют стандартизованные тесты на интеллект. Более того, уровень IQ положительно связан с показателями прогноза, а также выявляет отрицательную связь с тяжестью симптоматики.

Внимание. Наиболее заметные нарушения при шизофрении наблюдаются в функциях сортировки и когнитивного контроля.

Простая форма.

Здесь заболевание подкрадывается исподволь, течет непрерывно, не давая спонтанных ремиссий, с быстрым формированием ослабоумливания по специфически шизофреническому типу. В ряде случаев продромальные признаки болезни проявляются в до пубертатном, подростковом возрасте, явственные же признаки заболевания относятся к возрасту 18-20 лет.

Гебефреническая форма, развиваясь преимущественно у подростков и в юношеском возрасте (14-18 лет), является одной из самых злокачественных форм шизофрении, резистентной к лечению и приводящей к полной инвалидизации больных уже на 1-2-м году после манифестации болезни.

На фоне выраженных аффективных расстройств имеет место чрезвычайная изменчивость психического состояния больных, причудливая смесь депрессии и мании, бессвязность речи с неологизмами и подражательными оборотами, двигательное возбуждение с отпечатком шутовства и манерности, могут быть галлюцинации, отрывочные бредовые идеи.

Громкий дурашливый смех, неадекватные улыбки, неуместные шутки неожиданно вспыхивают среди подавленного настроения, что производит на зрителя впечатление игры, гротескной демонстрации своих ненормальных ощущений.

Характерна в целом гебефреническая триада:

- манерно-дурашливое поведение,
- безмотивные действия и
- мория

Кататоническая форма (от древнегр. kata — вдоль, tonos — напряжение).

Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательно-волевые расстройства: наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния, которые могут чередоваться с импульсивными поступками и кататоническим возбуждением, однако болезнь может проявляться и одним из этих синдромов.

Кататонические расстройства в случае острого приступообразного течения заболевания обычно сочетаются с онейроидом. Кататоническая форма чаще возникает в молодом возрасте.

Нарастание ***кататонического возбуждения*** происходит сравнительно быстро. Хаотические движения сопровождаются речевым возбуждением с разорванностью речи. Все это может сочетаться с мутизмом, или речь может состоять из стереотипного повторения одних и тех же слов или фраз (персеверация).

Встречаются «эхо-симптомы»: повторение чужих слов (эхолалии), мимики окружающих, как бы передразнивание выражения их лица (эхомимия), их движений и действий (эхопраксия). Автоматическая подчиняемость часто сочетается с негативизмом. Больные оказывают бессмысленное упорное сопротивление персоналу при уходе за ними (попытка одеть, умыть и т. п.), делают противоположное тому, что им говорят.

Кататоническое возбуждение сводится к стереотипно повторяющимся бесцельным действиям и немотивированной импульсивной агрессии — бьют и крушат все вокруг. Часто срывают с себя одежду, рвут ее.

Могут наносить себе повреждения. На происходящее вокруг чаще никак не реагируют.

Кататонический ступор — обездвиженность с утратой контакта с окружающими и с полным молчанием (мутизмом) может сочетаться или с крайним напряжением всех мышц (так называемый ригидный ступор), или с повышенным пластическим тонусом — восковидной гибкостью (каталептический ступор), когда руки и ноги застывают надолго в одной позе, порой в самой неудобной и неестественной, которую больным кто-нибудь придал.

Попытка вывести их из этого положения вызывает сопротивление, преодолеть которое, как правило, не удается.

Ступор может быть полным, когда больной совсем обездвижен, и частичным.

При частичном ступоре больной самостоятельно встает, идет, причем обычно передвигается неизменно по какой-либо одной стороне палаты, коридора, может тут же застыть в самой неудобной позе.

Параноидная шизофрения возникает позднее других форм, чаще в возрасте 20-23 лет. Это наиболее часто встречающаяся форма, клиническая картина которой отличается наличием насыщенных галлюцинаторно-бредовых переживаний. В большинстве случаев наблюдается медленное постепенное развитие заболевания, начинающееся с изменения либо заострения преморбидных личностных особенностей.

Из бредовых идей характерен, прежде всего, бред воздействия, преследования и отношения. Реже встречаются другие виды бреда — заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т. д. Бред воздействия проявляется тем, что больной утверждает, что на него кто-то или что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье.

Диагностика шизофрении базируется в основном на психопатологической симптоматике.

Параклинические исследования (биохимические, иммунобиологические, нейрофизиологические и др.) в настоящее время играют лишь некоторую подсобную роль, хотя и накоплен большой материал, касающийся структурно-функциональных изменений в различных отделах головного мозга при шизофрении.

На основании критериев МКБ-10 диагноз «шизофрения» (F20) устанавливается следующим образом: необходим как минимум один четкий симптом, принадлежащий к перечисленным ниже признакам 1-4, или два симптома, относящихся к признакам 5-9, которые должны присутствовать на протяжении не менее 1 мес.:

1) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);

2) бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела, конечностей, к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

3) галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

4) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны данной социальной культуре и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;

5) постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождаемые нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;

6) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи, неологизмы;

7) кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;

8) негативные симптомы, например выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности;

9) значительное последовательное качественное изменение поведения, проявления этого — утрата интересов, не целенаправленность, бездеятельность, самопоглощенность и социальная аутизация.

Течение и прогноз.

В течении шизофрении (как, впрочем, и ряда других психических заболеваний) выделяются состояния дефекта, ремиссий и конечных (исходных) состояний.

Дефект — это такие последствия психического заболевания, которые возникают в условиях остановки процесса, приводят к стойкому выпадению или диссоциации психических функций и сопровождаются снижением трудоспособности.

Именно для шизофренического процесса наиболее характерна диссоциация психических функций, а не их выпадение.

Наиболее обоснованным является выделение следующих четырех клинических типов дефекта при шизофрении: апатоабулического, психопатоподобного, параноидного и псевдоорганического.

Под ремиссией понимается общее улучшение состояния больного, такое ослабление симптоматики, которое в той или иной степени обеспечивает социальное и трудовое приспособление больного.

Структура ремиссий сложна и включает в себя несколько компонентов, наиболее важными из которых являются следующие четыре:

- дефект,
- психические явления, направленные на компенсацию дефекта,
- остаточная симптоматика и
- преморбидно-личностные особенности больных.

В период ремиссий, таким образом, клиническое состояние больного шизофренией, если он не выздоровел (что теоретически возможно), определяется структурой дефекта.

Ремиссии могут носить как спонтанный характер, так и быть обусловлены соответствующей терапией, так называемые лечебные ремиссии.

В отечественной психиатрии выделяется три типа течения шизофрении: непрерывнотекущая, приступообразно-прогредиентная (шубообразная, от немецкого schub — приступ, сдвиг) и периодическая.

Непрерывнотекущая шизофрения характеризуется отсутствием спонтанных ремиссий.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями, при этом обратное развитие приступа не оканчивается полным восстановлением психического здоровья: остаются отдельные психические нарушения. От приступа к приступу у больного все больше обнаруживается уплощение эмоциональноволевой сферы.

Приступы болезни, как правило, непродолжительны, бредовые идеи не систематизированы.

При периодической шизофрении особенно четко выявляется тенденция к фазному течению. Ремиссии всегда глубокие, сопровождаются почти полным обратным развитием продуктивной психотической симптоматики. Даже после большого числа приступов в период ремиссии у больного наблюдается полное критическое отношение к своим прежним болезненным переживаниям.

Сравнительно редко встречается **фебрильная (гипертоксическая) кататония**. Приступ сопровождается повышением температуры, аментивным расстройством сознания, нарушением обмена веществ, ломкостью сосудов. Нередко развивается тяжелый отек и набухание мозга. При этом возможен летальный исход. В случае выздоровления наблюдается глубокая ремиссия.

Несмотря на широко распространенное общественное мнение, что прогноз при шизофрении всегда плохой и болезнь ведет человека к психическому упадку, в настоящее время установлено, что примерно в четверти случаев происходит выздоровление и еще примерно в половине случаев шизофрения имеет более-менее благоприятный отдаленный прогноз.

Лечение.

В процессе лечения шизофрении приоритетная роль отводится биологической терапии, и прежде всего психофармакотерапии, хотя наряду с ней используется инсулинокоматозная и электросудорожная (ЭСТ) терапия.

В проведении медикаментозной терапии шизофрении выделяют три этапа:

1) купирующая терапия — от момента постановки диагноза до установления клинической ремиссии.

Основными задачами являются редукция психотических нарушений, коррекция нарушений поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, кататонических и аффективных симптомов);

2) долечивание или стабилизация заключается в продолжении эффективной антипсихотической терапии вплоть до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, воздействии на негативную симптоматику и когнитивные нарушения, восстановлении, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации больного;

3) третий этап — длительной амбулаторной или противорецидивной терапии, которая направлена на удержание стабильной ремиссии, предотвращение развития новых психотических эпизодов (приступов) и замедление темпа прогредиентности заболевания.

Основная группа используемых препаратов — ***нейролептики (или антипсихотики***). Клиническими мишенями действия антипсихотической терапии являются позитивные, негативные и аффективные симптомы, а также проявления когнитивного дефицита (нарушения памяти, критики, внимания, планирования, исполнительских функций и др.).

Возможно возникновение побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии (экстрапирамидные симптомы, злокачественный нейролептический синдром и т. д.).

Медикаментозная терапия шизофрении носит длительный поэтапный характер, и после купирования острой психотической симптоматики и стабилизации полученных результатов лечения на его заключительном этапе необходима поддерживающая терапия минимально достаточными дозировками лекарственных средств, длящаяся, как правило, не менее двух лет после первого психотического эпизода, пяти лет — после второго, и пожизненная — после третьего.

Определяющим в достижении оптимального терапевтического результата по-прежнему является дифференцированный (индивидуальный) подход к терапии, и при этом основными критериями остаются клиническая картина, подбор адекватной дозы и тщательный мониторинг состояния больного шизофренией.

К восстановительной терапии шизофрении относятся когнитивная ремедиация, тренинг когнитивных функций и социальных навыков и метакогнитивный тренинг.

Когнитивная ремедиация — восстановление утраченных или не сформировавшихся в процессе развития высших психических функций (ВПФ) или заместительный тренинг сохранных функций, позволяющий адекватно функционировать в условиях нарушения ряда высших психических функций.

Тренинг когнитивных функций и социальных навыков представляет собой многоступенчатую интегративную терапевтическую программу, состоящую из нескольких блоков:

1) тренировка памяти и внимания;
2) тренировка коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации;
3) развитие точности социального восприятия;
4) отработка социальных навыков;
5) развитие навыков решения проблем.

Метакогнитивный тренинг направлен на нарушения восприятия социальной среды и стратегии поведения, которые приводят к ошибочным выводам, что способствует психотической декомпенсации.

Основная цель занятий — обучение распознаванию ошибок в социально-когнитивном функционировании и избеганию «когнитивных ловушек», а также изменение подходов к принятию решений и стилю поведения.

Эпилепсия.

Эпилепсия — хроническое заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами и специфическими изменениями личности.

Распространенность эпилепсии, по разным данным, составляет от 0,3 до 1,0 %. Почти в 80 % случаев заболевание начинается в возрасте до 20 лет.

Мужчины заболевают несколько чаще, чем женщины, однако отчетливой зависимости вероятности развития эпилепсии от пола не отмечено.

Этиология и патогенез.

В настоящее время эпилепсия рассматривается как сборная группа различных по этиологии заболеваний, которые объединяет в один класс только наличие разнообразных пароксизмальных расстройств.

Выделяют эпилепсию ***идиопатическую (генуинную***, когда отчетливые структурные изменения в мозге отсутствуют и чаще прослеживается наследственная предрасположенность), ***симптоматическую*** (вторичную, когда можно обнаружить структурный дефект головного мозга, например кисту, опухоль, кровоизлияние, пороки развития) и ***криптогенную*** (когда причину заболевания выявить не удается).

Отмечено, что наследственная предрасположенность приводит к развитию заболевания чаще всего под влиянием дополнительных пусковых экзогенных факторов: нарушений внутриутробного развития, родовой травмы, ранних постнатальных повреждений головного мозга и т. п.

В патогенезе эпилепсии существенное значение придается как церебральным механизмам ее развития, так и патологии со стороны внутренних органов и систем организма.

Вероятность развития приступа определяется пароксизмальной готовностью, зависящей от порога возбудимости нервных клеток. Чем ниже порог возбудимости нервных клеток, тем больше пароксизмальная готовность и легче наступают приступы. И, наоборот, чем выше порог возбудимости нервных клеток, тем труднее развиваются пароксизмы. Порог возбудимости нервных клеток может колебаться в зависимости от состояния организма, влияния внутренних и внешних факторов.

Клиника и диагностика.

В МКБ-10 эпилепсия отнесена к разделу неврологических расстройств — G40, при этом психические нарушения при эпилепсии классифицируются в разделе F00—09. Среди них наибольшее значение имеют бессудорожные припадки, специфические изменения личности и эпилептические психозы.

Припадки при эпилепсии бывают большими и малыми.

Большой эпилептический припадок возникает мгновенно, длится 2-5 минут и развивается в виде последовательной смены стадий (фаз):

- аура,
- тоническая,
- клоническая.

Иногда за несколько часов или суток до припадка возникают его ***предвестники -*** *беспокойство, раздражительность, ощущение подёргивания отдельных мышц лица и тела*. Могут быть сердцебиение, чувство тяжести в голове, светобоязнь, ухудшение слуха, обоняния и вкуса.

Первой стадией большого судорожного припадка является аура ("дуновение").

Она возникает примерно у половины больных эпилепсией и проявляется по-разному. Могут возникать различные ощущения в органах чувств - *сенсорная аура*.

- При *зрительной ауре* возникают вспышки света или предметы становятся необычайно ярко окрашенными.
- При *слуховой ауре* больные слышат звуки, которых на самом деле нет.
- При *обонятельной ауре* больные ощущают странные запахи - дыма, разлагающихся отбросов.
- При *висцеральной ауре* возникают неприятные ощущения в животе, тошнота, рвота и сердцебиение.
- При *психической ауре* возможны переживания чего-то страшного, ужасного. Но бывают и приятные переживания необыкновенного, возвышенного состояния.

Обычно у одного и того же больного аура бывает постоянной. *Больные не помнят самого припадка, но помнят ауру.*

Длится аура несколько секунд. Больные уже знают, что за ней последует припадок, и могут даже подавить его развитие, нанося себе резкие болевые раздражения, сильно напрягая все мышцы тела, глубоко вдохнув и задержав дыхание.

Примерно у половины больных аура отсутствует. Тогда припадок начинается внезапно с тонической фазы.

Вторая - тоническая фаза эпилептического припадка, проявляется резким напряжением всей мускулатуры и полной потерей сознания.

Больной может издавать характерный крик из-за выталкивания воздуха через судорожно суженную голосовую щель.

Больной падает на пол, на землю, на предметы, чаще всего лицом вперёд. *Во время припадка возможны переломы, вывихи и ушибы*.

Обычно глаза у больных открыты, зрачки расширены, дыхание останавливается, появляется синюшность кожных покровов, непроизвольное мочеиспускание, реже - дефекация.

Тоническая фаза продолжается 30-50 сек.

Затем наступает фаза - клонических судорог.

Происходят поочерёдные судорожные сокращения сгибательной и разгибательной мускулатуры туловища и конечностей.

Дыхание хриплое, клокочущее, синюшность постепенно проходит. Глаза больного закатываются.

Из-за судорожных сокращений жевательной мускулатуры возникает прикус языка и слизистой оболочки рта.

На губах появляется кровавая пена.

Длительность клонических судорог 1-3 мин, затем они проходят.

Постприпадочное состояние длится от нескольких минут до 1-2 часов. Взгляд больного блуждающий, сознание неясное, и он плохо осознаёт окружающее, речь бессвязная. Чаще всего затем наступает сон, но некоторые больные после припадка могут сразу встать.

Припадок полностью амнезируется (конградная амнезия).

1. *Во время припадка больного нельзя удерживать, так как можно нанести ему дополнительные повреждения*.
2. Нужно постараться, чтобы он не получил ушибы головы - быстро подложить под голову что-нибудь мягкое.
3. *Для предотвращения прикуса языка между коренными зубами вводят шпатель, обёрнутый салфеткой или полотенцем*.

В тех случаях, когда припадки следуют часто, один за другим, и в промежутках между ними больной не приходит в сознание, развивается ***эпилептический статус***. Это опасное для жизни состояние, нуждающееся в экстренной помощи.

Малые припадки *— это кратковременное (несколько секунд) выключение сознания, судорожные расстройства незначительны, аура отсутствует*. Больной при этом не падает, и окружающие могут даже не заметить припадка.

Разновидность малого припадка является абсанс (отсутствие). При этом больной на несколько секунд как бы выключается, застывает в одной позе, замолкает или невнятно бормочет, а потом продолжает прерванный разговор или занятие.

Бессудорожные пароксизмы протекают в виде различных вариантов сумеречного помрачения сознания (амбулаторные автоматизмы, трансы, фуги, сомнамбулизм) и психосенсорных припадков (особые состояния сознания). В некоторых случаях бессудорожные приступы проходят при формально неизмененном сознании, например аффективные пароксизмы, характеризующиеся внезапно появляющейся дисфорией с агрессивностью, злобностью, двигательным возбуждением.

Психосенсорные припадки некоторые авторы рассматривают как аналог ауры, после которой не развился судорожный припадок. Психические переживания в этот момент могут быть настолько

необычными, что в некоторых случаях приходится проводить дифференциальную диагностику с шизофренией.

Проявлением особых состояний сознания могут быть разнообразные эмоциональные расстройства (дисфория, эйфория, экстаз, тревога и страх), сенсорные явления (галлюцинации, нарушения схемы тела, висцеральные ощущения, сходные с сенестопатиями), состояния дереализации и деперсонализации (например, приступы deja vu и jamais vu), расстройства мышления (остановка и наплывы мыслей, хаотические воспоминания, чувство овладения и воздействия), импульсивные влечения (дипсомания, пиромания, дромомания).

В отличие от судорожных припадков и сумеречных состояний, амнезия при особых состояниях сознания не бывает полной.

Изменения личности при эпилепсии (выраженность которых может быть как минимальной, так и достигающей степени слабоумия) проявляются, прежде всего, инертностью, тугоподвижностью психических процессов. Отмечаются эмоциональная ригидность (склонность к фиксации на отрицательных переживаниях), замедление мышления (брадифрения) и вязкость ассоциативных процессов, мнительность, снижение переключаемости внимания.

Больные отличаются избыточным педантизмом, мелочностью, гипертрофированной склонностью к точности и пунктуальности.

Мировоззрение часто характеризуется ортодоксальностью, фанатической приверженностью тем или иным взглядам.

Речь изобилует ненужными подробностями, при беседе больной с трудом меняет тему разговора, стремится вернуться к вопросу, который, по его мнению, не был достаточно полно обсужден.

Страдающие эпилепсией пациенты иногда отличаются приземленностью интересов, бывают утрированно аккуратны, любят чистоту и порядок и раздражаются, если их вещи лежат не на привычных местах.

Достаточно характерна для страдающих эпилепсией «полярность аффекта»: сочетание вспыльчивости, эгоцентризма, злопамятности и своеобразной слащавости, показной угодливости. Больные стремятся быть подчеркнуто вежливыми с вышестоящими, иногда вплоть до грубой лести и заискивания. С подчиненными им людьми бывают жестокими, деспотичными, требуют от них точного исполнения своих распоряжений.

В тех случаях, когда перечисленные личностные изменения резко выражены, говорят об **эпилептическом («вязко-апатическом», концентрическом) слабоумии** (F02.8). У таких больных резко снижены уровень суждений и словарный запас (олигофазия), речь изобилует стандартными оборотами. Пациент теряет способность отличать главное от второстепенного, не понимает скрытый смысл пословиц и поговорок.

Интересы больных ограничиваются узким кругом бытовых потребностей, льстивость становится особенно нелепой. Больные становятся капризными, ипохондричными, иногда, ссылаясь на тяжесть болезни, пытаются получить определенные преимущества. Резко снижается память, хотя сведения, имеющие для больных особое значение, они помнят достаточно хорошо.

Эпилептические психозы встречаются относительно редко (у 2-5 % больных) и подразделяются на острые и хронические (затяжные). К острым психозам относятся эпилептический онейроид и сумеречные помрачения сознания.

Эпилептический онейроид проявляется фантастическими переживаниями (нередко религиозного содержания) и может сопровождаться несистематизированным бредом преследования, отдельными слуховыми и зрительными галлюцинациями, иллюзиями и иногда психическими автоматизмами.

От шизофренических психозов подобные приступы отличаются внезапным началом, стереотипностью и малой продолжительностью (от получаса до суток).

Другим вариантом острого эпилептического психоза является ***сумеречное помрачение сознания с продуктивной психотической симптоматикой*** (возбуждение, бред, галлюцинации, агрессия).

Чаще всего сумеречное помрачение сопровождается полной амнезией всего периода психоза, но в отдельных случаях содержание психотических переживаний частично остается в памяти больного. Психозы могут возникнуть после типичного судорожного приступа, предшествовать ему или развиваться независимо от возникновения припадков. В отличие от бессудорожных пароксизмов с помрачением сознания, сумеречные психозы имеют большую длительность течения.

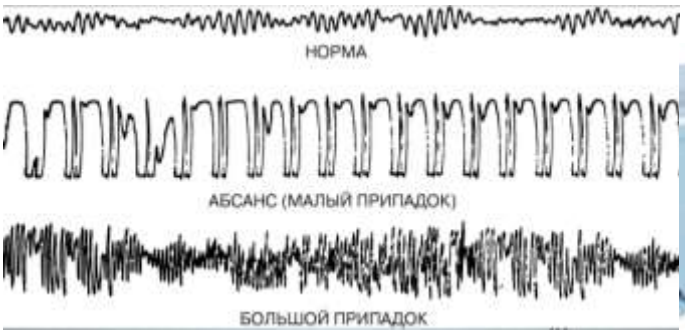
В клинике хронических эпилептических психозов основное значение имеют галлюцинаторно-бредовые расстройства (паранойяльные, параноидные), во многом напоминающие симптоматику шизофрении.

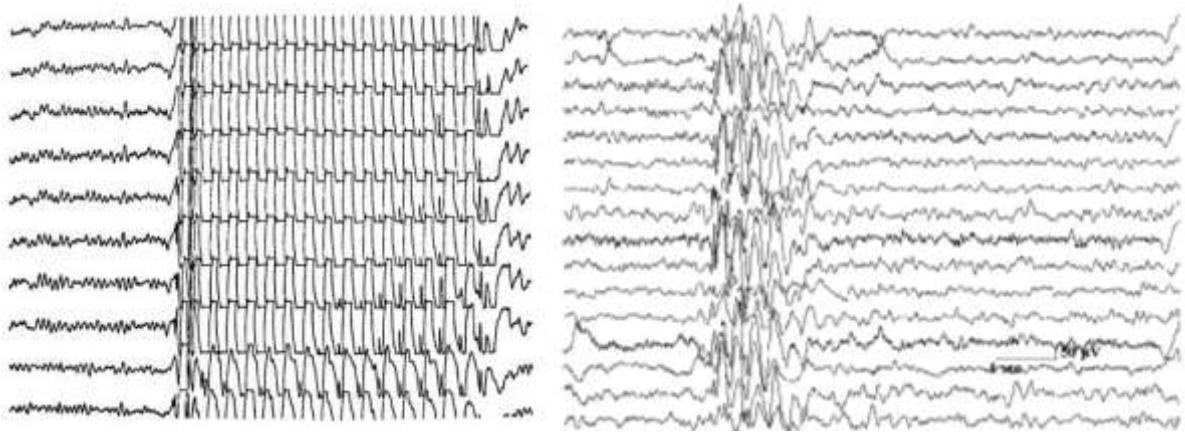
Преобладает бред бытового содержания, иногда религиозный, реже наблюдается бред воздействия.

Депрессия у больных эпилепсией нередко сочетается с брюзжанием, недовольством, раздражением и иногда злобой.

Диагностика эпилепсии базируется, прежде всего, на констатации повторяющихся пароксизмальных расстройств (судорожных или бессудорожных).

Определенное значение для диагностики эпилепсии имеют характерные электроэнцефалографические изменения (наличие на ЭЭГ комплексов «пик — медленная волна» и преобладание высокоамплитудной медленноволновой активности). Следует отметить, что ЭЭГ отражает функциональное состояние головного мозга и может быть нормальной даже при частых припадках.





Поэтому метод ЭЭГ предназначен в первую очередь для подтверждения клинического диагноза, анализа эффективности терапии, а также для выявления признаков локального поражения мозга.

Течение и прогноз. После единичного приступа в большинстве случаев прогноз благоприятный. Приблизительно у 70 % больных на фоне лечения наступает ремиссия, т. е. припадки отсутствуют в течение 5 лет.

В 20-30 % случаев приступы продолжаются, что нередко требует одновременного назначения нескольких противосудорожных препаратов. Прогрессирующее течение эпилепсии характеризуется нарастанием частоты припадков, появлением новых вариантов пароксизмов, усилением дефекта личности и снижением интеллекта. Разнообразие пароксизмов обычно является плохим прогностическим признаком и свидетельствует о малой курабельности заболевания. При длительном течении болезни возрастает вероятность возникновения эпилептических психозов.

При неблагоприятном течении эпилепсии может формироваться грубый интеллектуальный дефект, напоминающий олигофрению, при благоприятном варианте патологические особенности личности практически не нарастают и отмечается не только сохранение профессионального статуса, но и профессиональный рост (существуют известные факты наличия эпилепсии у некоторых выдающихся деятелей политики и культуры, сохранивших способность к высокопродуктивному творческому труду даже при многолетнем течении заболевания).

Дифференциальная диагностика.

Эпилепсию как самостоятельное заболевание необходимо отграничивать от эпилептиформных расстройств иной этиологии. С другой стороны, следует помнить, что и у практически здоровых лиц под влиянием экзогенных факторов (обычно исключительных по выраженности) могут быть единичные эпилептические реакции, поэтому наличие эпилептиформных припадков само по себе не является безусловным признаком эпилептической болезни.

Эпилептический синдром, характеризующийся стойкостью и повторяемостью припадков, свойственен для многих органических заболеваний головного мозга.

Например, появление пароксизмов у лиц старше 30 лет может быть первым проявлением внутричерепных опухолей и других объемных процессов в мозге (кист, гематом, цистицеркоза).

Причиной эпилептиформных припадков иногда бывают внемозговые гормонально активные опухоли (инсулома), кроме того, эпилептические приступы могут появляться на поздних этапах течения прогрессивного паралича, церебрального атеросклероза и болезни Альцгеймера.

Эпилептические реакции возникают эпизодически, тесно связаны с действием внешнего патогенного фактора, при отсутствии которого могут никогда больше не повториться. Специального противоэпилептического лечения в этом случае чаще всего не требуется.

Примером эпилептических реакций могут быть фебрильные судороги у детей, эпизодические припадки при абстиненции у больных алкоголизмом, судороги на фоне эклампсии.

Припадки могут быть вызваны также электротравмой, промышленной интоксикацией (свинцом, органическими растворителями, фосфорорганическими веществами), приемом некоторых лекарственных средств (камфары, коразола, кетамина, прозерина и других ингибиторов холинэстеразы) или внезапной отменой некоторых препаратов (барбитуратов).

В случае внезапной потери сознания с судорогами необходимо дифференцировать эпилептический припадок от таких опасных для жизни состояний, как остановка сердца и состояние асфиксии, при которых также нередко наблюдаются мочеиспускание и цианоз.

Лечение.

Амбулаторная помощь при судорожном припадке

1. Обеспечить проходимость, максимально «коротких» дыхательных путей.
2. Положить больного спиной на ровную, горизонтальную поверхность, освободить полость рта и носоглотки от слизи, рвотных масс, слюны, инородных тел, расстегнуть одежду, ворот рубашки, голову повернуть на бок (с целью профилактики аспирации).
3. Дать через маску или катетер кислород, или обеспечить приток свежего воздуха (открыть окно).

Противосудорожные препараты:

Диазепам 0,5% р-р 0,2-0,4 мг/кг на введение в/м, в/в или ректально – 0,5 мг/кг;

Антипиретики

Госпитальный этап

- Обеспечение проходимости дыхательных путей
- Оксигенотерапия
- Антиперетики
- Противосудорожные:

1. В/в медленно ввести препараты «первой очереди» из группы бензодиазепинов

Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) по 2–4 мл на 10 мл изотонического раствора.

Препараты вальпроевой кислоты для внутривенного введения - конвулекс для в/в медленного болюсного введения или для в/в инфузии рекомендуется в дозе 0,5-1,0 мг/кг массы тела/ч.

2. Если через 10 мин после введения противосудорожных препаратов судороги не прекращаются, упомянутые препараты в тех же дозах вводятся в/в повторно.

3. В редких случаях, при наиболее тяжелых и длительных формах статуса осуществляется перевод больных на ИВЛ с предварительным введением миорелаксантов

В условиях психиатрического стационара проходят обследование и лечение больные эпилепсией, протекающей с психическими эквивалентами припадков, психотическими расстройствами и/или выраженными изменениями личности.

Психофармакопрепараты применяются в зависимости от остроты состояния и структуры психопатологического синдрома в индивидуально подобранных дозах, позволяющих достичь стабилизации психического состояния.

Для коррекции личностных изменений чаще всего используют так называемые нормотимики (карбамазепин, трилептал), на фоне приема которых снижается выраженность дисфорических эпизодов, уменьшается раздражительность, сглаживаются явления депрессии. В некоторых случаях дополнительно применяют нейролептики из группы корректоров поведения (проперициазин, тиоридазин).

При тревоге могут назначаться бензодиазепины, отдельные из которых сочетают анксиолитический и противосудорожный эффекты (клоназепам). Для купирования острых эпилептических психозов, как правило, применяют типичные антипсихотики с седативным эффектом (хлорпромазин, левомепромазин, галоперидол). При хронических психозах в последние годы чаще назначают атипичные нейролептики (например, оланзапин, рисперидон, кветиапин), однако следует учитывать, что последние, особенно клозапин, способствуют понижению судорожного порога, вследствие чего назначать их следует с осторожностью.

В отдельных фармакорезистентных случаях при прогрессирующем ухудшении состояния в рамках комплексной терапии может использоваться нейрохирургическая коррекция, при которой осуществляется хирургическое удаление (иссечение) эпилептического очага и/или пролонгированная вагусная нейроэлектростимуляция.

Сестринский уход в психиатрии

Приступая к дежурству, медицинская сестра обязана проверить соответствие больных их списку в дневнике отделения, познакомится с вновь поступившими пациентами, получить информацию от сдающей смену сестры или от врача о характере поведения новых больных, дополнительных требованиях по наблюдению, уходу.

Соответственно необходимо ознакомится с изменением состояния больных, находящихся в отделении, отменой или дополнительными врачебными назначениями, изменениями в режиме наблюдения. Она должна лично убедится в том, что каждый больной находится на месте, посмотреть, чем он занят. Особое внимание обращается на больных, находящихся на строгом или усиленном режиме наблюдения.

В общении с больными нельзя повышать голос, приказывать что-либо, пренебрежительно относится к их просьбам, игнорировать их обращения, жалобы. Всякое резкое, пренебрежительное обращение с больными способно спровоцировать возбуждение, агрессивные действия, попытки к побегу, самоубийству.

Следует воздержаться от обсуждения с больными состояния и поведение других больных, высказывать свою точку зрения на правильность лечения, режима. Нужно регулировать поведение больных, если возникает такая необходимость, очень корректно.

Беседа с больными должна касаться только вопросов лечения, быть направленной на уменьшение у них беспокойства, тревоги. У пациентов с галлюцинаторными, бредовыми нарушениями последние могут усилиться, если медперсонал начинает перешёптываться друг с другом, собираться в группы и вести между собой тихие переговоры, споры.

Медицинские сёстры, младший медицинский персонал на дежурствах должны быть одеты в строгий медицинский халат, медицинскую шапочку. Неуместны броские украшения, демонстративные причёски, яркий макияж, и всё, что может привлечь повышенное внимание больных. В карманах халата не должны находится острые предметы, ключи от отделения, шкафов с медикаментами. Пропажа ключей требует принятия срочных мер по их поиску, ибо может повлечь побеги больных из отделения. О пропаже ставятся в известность старшая сестра отделения, лечащий (дежурный) врач.

При поступлении пациентов, по возвращении со свидания с родственниками, с работы, прогулки их необходимо осматривать, изымать всякие предметы, которые могут быть использованы в качестве травмирующих. Осмотру подлежат и передачи от посетителей.

Лечебные манипуляции (раздача лекарств, инъекции, другие процедуры) выполняются согласно

назначениям врача в указанные сроки. Необходимо следить, принимают ли пациенты таблетки. Раздача лекарств без контроля за их приёмом не допускается, поэтому медикаменты больными принимаются только в присутствии сестры.

Виды надзора

Используется три вида надзора:

строгий надзор - назначается больным, психическое состояние которых представляет опасность для них самих или для окружающих.

Это больные с агрессивным поведением, в делириозном состоянии, с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, тенденциями к самоубийству, побегу. В палате, где содержатся такие больные, круглосуточно находится медицинский пост, палата постоянно освещается, в ней не должно находится ничего, кроме кроватей;

усиленное наблюдение - назначается в тех случаях, когда требуется уточнить особенности болезненных проявлений.

В усиленном наблюдении нуждаются также больные, получающие инсулинотерапию, электросудорожную и атропинокоматозную терапию, большие дозы психотропных препаратов и соматически ослабленные больные. Оно осуществляется в общих палатах;

общее наблюдение - назначается тем больным, которые не представляют опасности для себя и окружающих. они могут свободно перемещаться в отделении, выходят на прогулку, активно вовлекаются в трудовые процессы.

Предупреждение суицидальных попыток

Чаще всего суицидальные попытки совершают депрессивные больные, больные с бредовыми и галлюцинаторными переживаниями императивного характера (когда "голоса" приказывают убить себя, выпрыгнуть в окно).

Медицинская сестра должна знать обо всех больных с такими намерениями, быть внимательной к высказываниям пациентов, следить за их попытками раздобыть верёвки, шнурки, режущие предметы, медикаменты. Таких больных не следует оставлять без присмотра.

Отказ больных от еды

Больные могут отказываться от еды по разным причинам. Некоторые из них могут считать пищу отравленной (галлюцинаторно-бредовые расстройства), депрессивные больные не едят из-за нежелания жить, у истериков отказ от пищи носит демонстративный отказ от пищи носит демонстративный характер с целью привлечения внимания. Реже больные отказываются есть в знак протеста. Не могут самостоятельно принимать пищу больные с нарушением сознания (сопор, кома), с кататоническим синдромом.

Во всех случаях в первую очередь необходимо разобраться в мотивах отказа от еды. В ряде случаев эффективны бывают психотерапевтические методы, убеждение, объяснение. Для стимуляции аппетита возможно назначение небольших доз инсулина (4-8 ЕД) подкожно.

Особенности ухода за больными, находящимися в кататоническом ступоре

Такие больные должны находится в наблюдательных палатах. Опасность для персонала и других больных они представляют по причине возможности возникновения у них импульсивных, в том числе и агрессивно-разрушительных действий.

В силу негативизма эти больные не общаются с персоналом и другими пациентами, не предъявляют жалоб, основное время проводят лёжа в постели. Поэтому принимая смену, сестра должна выяснить поведение больного за истёкшие сутки, тщательно осмотреть его - нет ли пролежней, уплотнений в местах инъекций, проверить состояние полости рта и носоглотки, постели, одежды. Больного необходимо регулярно умывать, обрабатывать полость рта, при неопрятности осуществлять гигиенические подмывания, смену постельного и нательного белья.

Особенности наблюдения и ухода за больными, получающими инсулинокоматозную терапию

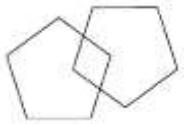
Для выполнения назначений при инсулинотерапии в отделении обычно выделяют специально обученную "инсулиновую" медицинскую сестру. В её обязанности входит введение назначенной дозы инсулина, наблюдение за развитием гипогликемического состояния, купирование гипогликемии, последующее наблюдение за больным.

В состоянии лечебной гипогликемии может появляться возбуждение, дезориентировка во времени и месте, отсутствует критика к своим действиям.

Для прерывания гипогликемии внутривенно вводят 40% раствор глюкозы. После окончании сеанса инсулинотерапии пациента необходимо накормить калорийным обедом.

Краткое Исследование Психического Состояния
(Mini-Mental State Examination – MMSE)

Краткое Исследование Психического Состояния является наиболее широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции

Проба	Оценка
1.Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2.Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3.Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4.Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5.Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6.Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или, но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните" 1. Закройте глаза 2. Напишите предложение	0 - 2
 **3. Срисуйте рисунок**	0 - 1
Общий балл:	0-30

Инструкции

1. Ориентировка во времени.

Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год.

Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число спрашивают: "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте.

Задается вопрос: "Где мы находимся?".

Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж).

Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие.

Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка".

Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил.

Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания.

Просят последовательно вычитать из 100 по 7.

Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл.

Другой вариант: просят произнести слово «земля», наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память.

Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь.

Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить.

Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение.

При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или не соединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит.

Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

1. Эмоционально-волевая сфера

Внешность: пациент внешне неряшлив, (опрятен, выбрит), волосы грязные (чистые), (не) причесаны. Одет неряшливо (соответственно общественным нормам, по моде).

Поведение: в отделении (мало-, не-) общительный, доброжелательный, озлобленный, конфликтный, подозрительный, больше лежит (гуляет по коридору, смотрит телевизор).

Приходит к врачу (медсестре) только по вызову (по собственной инициативе). Нахождением в психиатрической больнице (не) тяготится.

Мимика: скудная (живая). Выражение лица веселое (грустное, угрюмое, злобное, задумчивое).

Жестикуляция: активная (слабая, отсутствует). Пациент заторможен, малоподвижен.

Контакт. На обращенную к нему речь реагирует медленно (быстро). Продуктивному контакту (не) доступен. На вопросы (не) отвечает (не) по существу, кратко (многоречиво), Речь: громкая (тихая, нормальная), темп речи повышенный (пониженный, нормальный). Говорит (не) внятно, быстро (с трудом) переключается с одной темы на другую.

Настроение: пациент безразличен к своему состоянию (эмоционально устойчив, сильно взволнован). Пациент встревожен, чего-то боится, возбужден (заторможен). На окружающее (не) реагирует.

Пациент находится в депрессивном состоянии (патологически приподнятом настроении, нормально приподнятом настроении).

2. Ясность сознания

Пациент (дез) ориентирован во времени и месте, в собственной личности и окружающих лицах. Пациент находится в коматозном состоянии (оглушенном, сопорозном). У пациента делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания, аменция (истерический припадок, «лихорадочный бред», «белая горячка»).

Пациент отмечает приступы (припадки) без потери сознания (с кратковременной потерей сознания), которые (не) часто возникают, (не) сопровождаются судорогами, непроизвольным мочеиспусканием, пеной изо рта, прикусыванием языка.

(Не) считает себя больным человеком.

3. Ощущения, восприятия

Пациент отмечает видения, которые наблюдаются глазами (внутренним взором), (не) может указать их местоположение(я), они (не) яркие, выглядят как живые (бестелесные и прозрачные), (не) издают звуки, (не) говорят. Пациент видит их чаще утром (вечером, днем, ночью).

Пациент слышит голоса, которые идут извне (звучат изнутри), носят императивный (советующий, дружелюбный, комментирующий) характер.

Пациент отмечает, что стал ощущать привычные запахи как-то по-другому, чувствует необычные запахи. Он стал чувствовать, что обычная пища изменяет свой вкус, вкусовые ощущения испытывает в (без) связи с приемом пищи.

Пациент отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове).

Окружающие предметы кажутся пациенту искаженными (странными, непохожими на себя, расположенными на более дальнем (близком) от него расстоянии).

Пациент ощущает временами уменьшение (увеличение) своего тела. Он отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним, наблюдает как бы со стороны.

4. Мышление

Пациент отмечает состояния, при которых ему трудно справиться с потоком мыслей (происходит внезапный обрыв мыслей).

Пациента беспокоят неприятные мысли (побуждения, сны, воспоминания), от которых он хочет, но не может избавиться. Бывают мысли о том, что он может сказать или сделать что-то против своей воли.

Пациент боится темноты (высоты, открытых пространств, ограниченных пространств, острых предметов, смерти, тяжелого заболевания, одиночества). У него возникает чувство неловкости в толпе.

Пациенту кажется (убежден, высказывает предположение), что за ним следят (его преследуют), он чувствует, что его жизнь находится в опасности (имеется заговор против него), что на него кто-то воздействует. Он думает, что его хотят ограбить (отравить, завладеть квартирой). Он считает, что обладает необычными способностями читать (передавать) мысли на расстояние (огромной властью, могуществом, бессмертием, большим богатством, большими научными открытиями), считает себя необычным человеком.

Пациент подозревает свою жену (мужа) в измене. Он ощущает, что все происходящее вокруг кем-то подстроено, что он постоянно находится в центре внимания окружающих, что окружающие знают о его недостатках.

Пациент обвиняет себя в совершении неблаговидных поступков, преступлений, убежден в своем нравственном уродстве.

Он убежден, что страдает тяжелым (неизлечимым иди постыдным) заболеванием, в том, что у него имеется телесное уродство, бросающееся в глаза окружающим.

Пациент уверен, что организм превратился в тело животного (птицы, другого человека, неодушевленный предмет).

Он считает, что незнакомые лица с враждебной целью принимают облик родственников (знакомых).

Пациент склонен к бесплодному мудрствованию, к нелепым обобщениям.

5. Интеллект, память

Пациент не называет текущей даты, (не) может сказать, сколько находится в больнице, где сейчас находится, что сегодня ел на завтрак, не помнит имени врача.

Арифметические задачи (не) решает (за большой промежуток времени), (не) понимает переносного смысла пословиц и поговорок, (не) знает названий других стран.

МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Фиксация пациента в состоянии психомоторного возбуждения

Показания: поведение пациента с признаками двигательного возбуждения, с эмоциональными расстройствами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, интоксикационные и инфекционные психозы, психозы позднего возраста, эпилепсия, органические и сосудистые поражения ЦНС, послеоперационный, послеродовой период и т. д.).

Оснащение: шприцы; иглы; полотенца.

Обязательные условия: наличие достаточного количества медперсонала (3- 4 человека); медикаментозные средства использовать только по назначению врача.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к выполнению манипуляций	
Перевести пациента в отдельную палату под наблюдение медперсонала	Обеспечение постоянного наблюдения для предупреждения самоповреждений, суицида, нападения на окружающих
Вызвать врача	
Подойти к пациенту, держа матрац или одеяло	Обеспечение смягчения ударов, которые может нанести пациент
П. Выполнение манипуляций	
Поставить кровать на середину палаты	Обеспечение доступа к пациенту
Фиксировать ноги выше колен, руки - ближе к кистям, плечи *Примечание*: избегать удержания пациента за грудь и давлении на живот	Обеспечение адекватной фиксации пациента
Удерживать голову, наложив на лоб полотенце и прижав его концы к подушке *Примечание:* только по согласованию с врачом применить механическое стеснение	Профилактика травматизации
III. Завершение манипуляций	
Доставить кровать с пациентом на место	
Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом	Обеспечение безопасности пациента

Кормление пациента при отказе от еды

Показания: отказ от еды (депрессия, бред, галлюцинации, ступор).

Оснащение: шприцы, иглы, зонд, воронка, вазелин, инсулин.

Обязательные условия: пища должна быть жидкой, не горячей, кормить необходимо чаще, небольшими порциями, с перерывами

Этапы	***Обоснование***
I. Подготовка к выполнению манипуляций	
Попытаться уговорить пациента принять пищу	Обеспечение попытки принять пищу добровольно
Ввести подкожно инсулин (4-8 ЕД) Примечание: только по назначению врача	Для усиления чувства голода
II. Выполнение манипуляций	
Зонд смазать вазелином	Профилактика травматизации слизистой пищевода

Ввести зонд через рот на глубину 50 см, разжав челюсти роторасширителем	Обеспечение введения зонда в желудок, предупреждение попадания пищи в дыхательные пути
Убедиться, что зонд находится в желудке	Об этом свидетельствует свободное дыхание больного, естественный, без синюшной окраски цвет лица, отсутствие кашля. Также можно быстро ввести небольшое количество воздуха с помощью шприца в зонд. При этом возникает характерный звук, похожий на урчание.
Соединить свободный конец зонда с воронкой	Обеспечение контроля нахождения зонда в желудке
Ввести 500 - 1000 мл подогретой питательной смеси	
III. Завершение манипуляций	
Удалить воронку и зонд	
Оставить пациента после кормления в постели	Профилактика срыгивания и рвоты

Подготовка пациента к проведению электросудорожной терапии

Показания:

- тяжелая депрессия в рамках МДП,
- шизофрения,
- инволюционные психозы, резистентные к психотропным средствам.

Оснащение: аппарат ЭСТ, шприцы, набор медикаментов (сердечные средства, стимуляторы дыхания), кислородный баллон, шпатели, обернутые ватой и марлей, роторасширитель, языкодержатель, спирт, раствор йода, изотонический раствор хлорида натрия для смачивания электродов, аппарат для измерения давления.

Обязательные условия:

ЭСТ проводится только по назначению врача, утром, натощак.

Этапы	***Обоснование***
I. Подготовка к выполнению манипуляций	
Уложить пациента в постель	Обеспечение удобной позы для выполнения манипуляции
Распустить пояс, расстегнуть пуговицы, снять обувь	Профилактика травматизации
Извлечь съемные зубные протезы	Обеспечение возможности использования роторасширителя
II. Выполнение манипуляций	
Смочить височные области изотоническим раствором хлорида натрия	Обеспечение контакта с электродами
Наложить на височные области электроды, покрытые марлей и пропитанные изотоническим раствором хлорида натрия	Обеспечение контакта с электродами
Соединить электроды и электрокабелем от аппарата	
Вставить между коренными зубами пациента шпатель	Предупреждение прикушивания языка и щек во время припадка
Подложить под спину пациента валик *Примечание*: далее манипуляцию выполняет врач	Предупреждение травматизации
III. Завершение манипуляций	
Привести пациента в сознание	Обеспечение контроля психического состояния пациента

Уложить в постель	Обеспечение безопасности
Осуществлять надзор	Обеспечение контроля деятельности жизненноважных органов

Подготовка пациента к инсулиношоковои терапии

Показания: по назначению врача (шизофрения небольшой давности).

Оснащение: шприцы, иглы, инсулин, желудочные зонды, роторасширители, шпатели, аппарат для измерения артериального давления, посуда для раствора сахара, 40% р-р глюкозы в ампулах, 0,1% р-р адреналина в ампулах по 1 мл, растворы витамина В1 и аскорбиновой кислоты в ампулах.

Обязательные условия: манипуляция проводится только по назначению и под наблюдением врача утром, натощак.

Этапы	***Обоснование***
I. Подготовка к выполнению манипуляций	
Уложить пациента на кушетку	Предупреждение падения во время сеанса
II. Выполнение манипуляций	
Ввести пациенту под наблюдением врача внутривенно инсулин	Обеспечение введения пациента в коматозное состояние
Осуществлять постоянное наблюдение за пациентом	Обеспечение безопасности пациента
III. Завершение манипуляций	
Ввести пациенту по назначению врача внутривенно глюкозу, дать сахарный сироп, покормить	Достижение выведения пациента из коматозного состояния