



Шизофрения

Шизофрения

— психическое заболевание, характеризующееся **дисгармоничностью и утратой единства психических функций** (мышления, эмоций, моторики), **длительным непрерывным или приступообразным течением** и разной выраженностью **продуктивных (позитивных) и негативных** расстройств, **приводящих к изменениям личности** в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

Шизофрения

- Группа сходных психических расстройств недостаточно изученной этиологии
- Сходство придают **«основные» симптомы** (*«негативные»*, уменьшение или выпадение психических функций, присущих здоровому человеку)
- Различия - **«продуктивные»** (*«позитивные»*, свойства, отсутствующие в норме)
- Течение прогрессирующее (с нарастающим дефектом личности)

История шизофрении

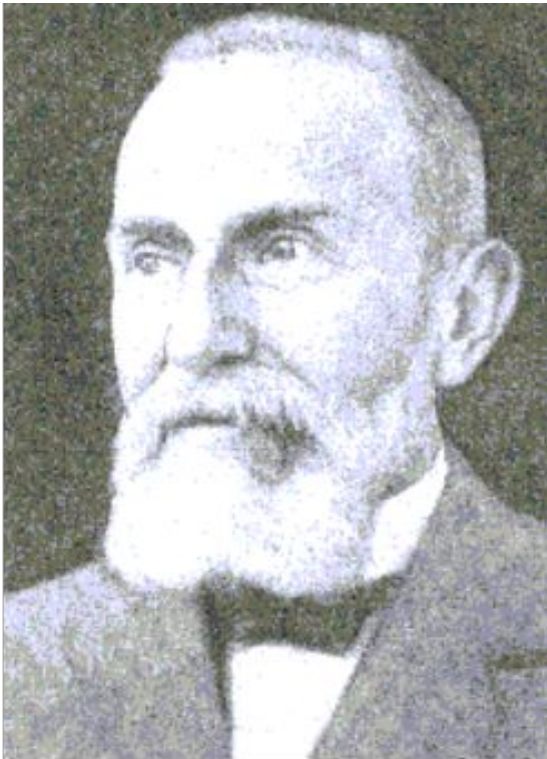


- Эмиль Крепелин

"раннее слабоумие" (Dementia praecox, 1896)

- Начало в пубертатном возрасте
- Прогрессирующее течение
- Исход в слабоумие особого типа

Эуген Блейлер



«шизофрения» (1911)

- «ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ»

Четыре «А»:

- Аутизм
- расстройства Ассоциативного синтеза
- Эмоционально-волевые расстройства (Апатия и Амбивалентность)

Эпидемиология шизофрении

- Распространенность - около 1% населения в любой стране мира
- Наибольшая заболеваемость в возрастном периоде 20-29 лет
- Мужчины : Женщины = 1 : 1

Этиология шизофрении

Изучена недостаточно.

Гипотезы:

- **Генетическая** - основана на высокой конкордантности заболевания у однояйцевых близнецов и сибсов.

Предполагается полигенный тип наследования, но в настоящее время специфических генов не выявлено.

- **Неблагоприятное воздействие среды** - основана на повышении уровня заболеваемости у социально неблагополучных, дискриминированных, мигрантов и пр.

- **Другие** - психодинамическая, инфекционная, аутоиммунная

Модель "стресс-диатеза":

- *предрасполагающий фактор (диатез)* - наследственность, дизонтогенетические и психосоциальные предикции

- *"пусковой"* - социальное неблагополучие, психогении, соматические заболевания, инфекции, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

Риск развития шизофрении при наличии больных шизофренией среди родственников.



Патогенез шизофрении

- Патогенетические механизмы: нейротрансмиттерные нарушения (**дофаминовая и серотониновая** гипотезы)
 - атрофия префронтальной коры и др. морфологические изменения
- 2 типа шизофрении по Crow T. (1985)
- **Позитивная** - преобладание продуктивной с-ки, относительно удовлетворительная адаптация; **гипер**дофаминергическая активность, нет структурных нарушений, хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов)
- **Негативная** - преобладание негативной с-ки, скрытое начало, хроническое или злокачественное течение; **гипо**дофаминергическая активность и атрофия серого вещества в префронтальной коре, эффективны атипичные антипсихотики (большая блокирует серотониновые, чем дофаминовые)

Клиника шизофрении

- **Негативные симптомы** (**основные**, определяющие нозологическую диагностику шизофрении),
 - Схизис - "расщепление"
 - Аутизм
 - Эмоциональные расстройства (эмоциональная неадекватность, холодность, апатия, амбивалентность)
 - Волевые нарушения (гипо- и абулия)
 - Формальные нарушения мышления (аутистическое мышление, резонерское мышление, разорванное мышление, неологизмы, ментизм, "шперрунг")
- **Позитивные симптомы** (продуктивные, **дополнительные**, окрашивающие)
- Определяют клиническую форму заболевания





Клинические формы шизофрении

- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая
- Простая

Параноидная шизофрения

- Самая частая форма
- Представлена **параноидным синдромом**
(Кандинского-Клерамбо)

Возможна трансформация синдрома:

паранояльный → параноидный (Кандинского-Клерамбо) →
парафренный

Кататоническая шизофрения

- Ведущий синдром – **кататонический**
- *Варианты:*
 1. люцидная (пустая) кататония (без продуктивной симптоматики, имеет злокачественное течение)
 2. онейроидная кататония (с полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением)

Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте (*Геба–богиня юности*)
- Характерен гебефренный с-м (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).
- Течение злокачественное – с быстрым формированием выраженного эмоционально-волевого дефекта

Простая форма шизофрении

- Позитивные симптомы отсутствуют
- Быстро нарастают первичные негативные симптомы, достигающие степени шизофренического дефекта
- Характерно непрерывно-прогредиентное течение

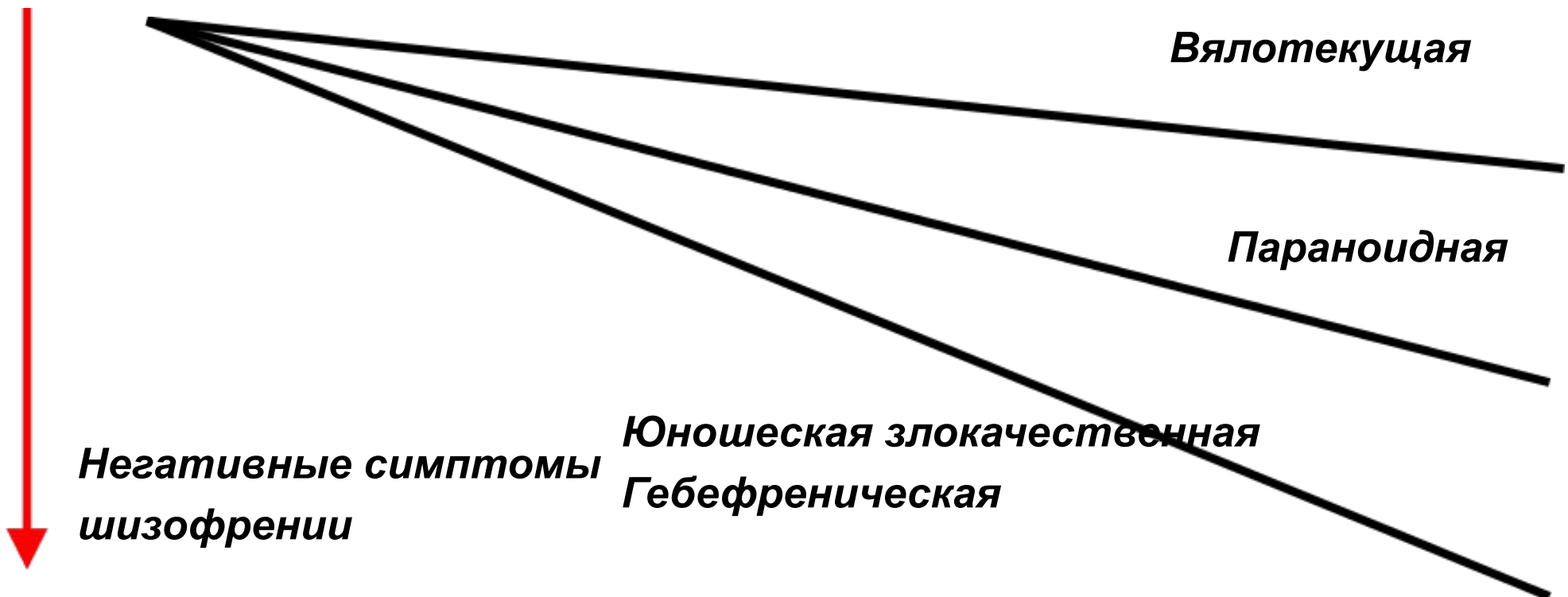
Типы течения шизофрении

1. Непрерывно-прогредиентный (непрерывный)
2. Приступообразно-прогредиентный
3. Рекуррентный (периодический)

Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) тип течения

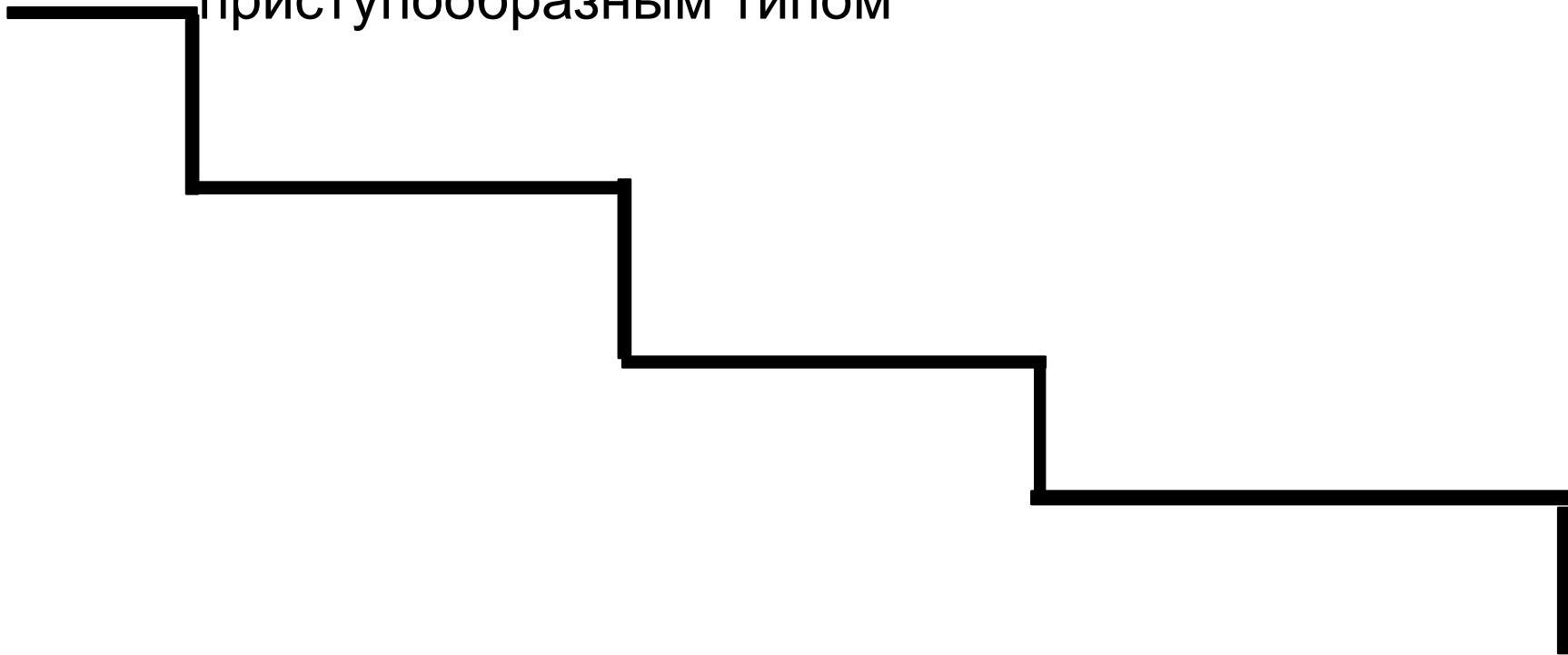
- Самый частый тип (>50%)
- Возможны терапевтические (лекарственные) ремиссии продуктивной с-

*Потенциал личности
до болезни*



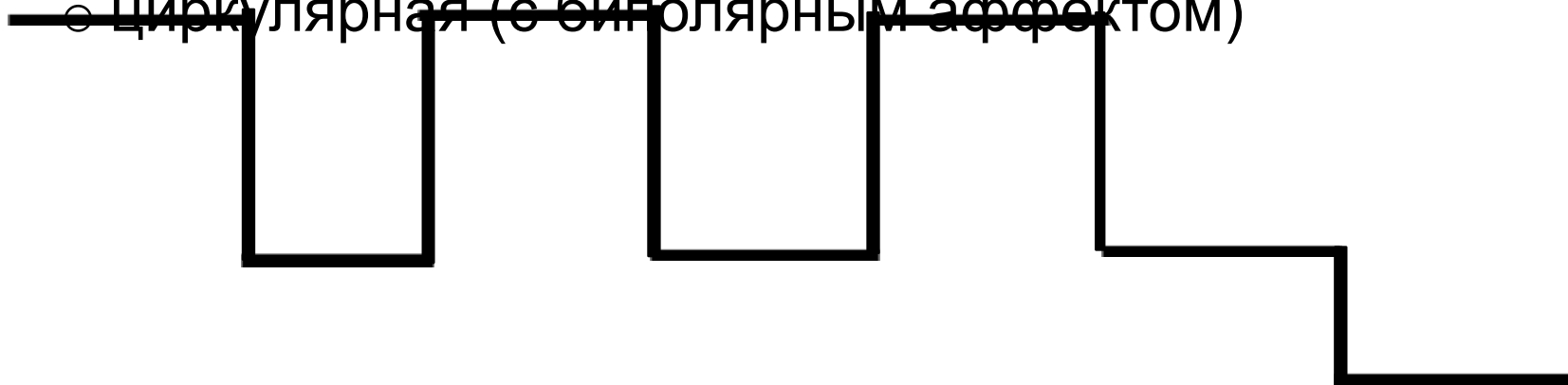
Приступообразно-прогредиентный тип

- Встречается в 25-30% случаев
- Промежуточное положение между непрерывным и приступообразным типом



Рекуррентный тип течения

- До 20% всех случаев шизофрении
- Более благоприятный прогноз
- Ремиссии могут быть спонтанными
- Клинически представлены тремя формами:
 - онейроидная кататония
 - депрессивно-параноидная
 - циркулярная (с биполярным аффектом)



Понятие о шизоаффективном психозе

- переходная клиническая форма от классической шизофрении к маниакально-депрессивному психозу (МДП). Включает симптоматику как первого, так и второго заболевания (см. след слайд). Преобладают аффективные расстройства и характерен относительно благоприятный прогноз (продолжительные ремиссии хорошего качества после первых 2-3 приступов).

К шизоаффективному психозу относят 2 формы рекуррентной шизофрении:

- депрессивно-параноидную форму
- циркулярную форму

Шизофрения - общие симптомы для постановки диагноза:

- A. Эхо мыслей, вкладывание мыслей, передача мыслей на расстоянии
- B. Бред овладения, воздействия относящийся телу, мыслям, действиям или ощущениями
- C. Галлюцинаторные голоса, комментирующие, обсуждающие поведение больного, другие типы «голосов», идущих из разных частей тела
- D. Устойчивые бредовые идеи, совершенно невозможные по содержанию и не свойственные культуральной среде
- E. Устойчивые галлюцинации различных сфер чувств
- F. Разорванность мыслей или параллельные мысли, выраженные в инкогеренции, несвязной речи или неологизмах

Г. Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор
Н. «Негативные» симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками) выраженные: апатией, бедностью или неадекватностью эмоциональных реакций, социальной отгороженностью, социальной непродуктивностью

И. Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения, проявляющиеся: потерей интересов, бесцельностью, погруженностью в собственные переживания, аутизм

**Для диагноза необходимо: 1 четкий (или 2 менее четких) симптома из симптомов А – Д или 2 симптома из Е – И.
Длительность проявлений должна составлять не менее одного месяца**

Фебрильная шизофрения

- приступы онейроидной **кататонии** при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств (Тиганов А.С. 1960).
- при значительном подъеме температуры (более 40) и развитии трофических нарушений представляет угрозу для жизни больных
- показано применение Аминазина

Прогноз при шизофрении

- Во многом зависит от типа течения заболевания
- Чем раньше дебют, тем хуже прогноз
- Прогноз лучше при наличии аффективной симптоматики в клинической картине
- Прогноз хуже при плохой адаптации в преморбиде
- Прогноз хуже при негативной шизофрении, чем при позитивной (по Crow T.)
- Прогноз хуже при отсутствии критики к заболеванию и плохом комплайенсе (готовности следовать предписаниям врача)
- При адекватно подобранной терапии и хороших

Социально-психологические последствия шизофрении

- Наиболее инвалидизирующее из всех психических заболеваний и не поддается полному излечению
- Снижение качества жизни самих больных и их близких
- Социальный "дрейф" – снижение социального уровня жизни больных
- Реже вступают в брак и имеют детей
- Уменьшение продолжительности жизни в среднем на 10 лет
- 30% больных совершают суицидные попытки, 10% совершают законченный суицид