

Шизофрения и

понятия о шизоаффективном и

шизотипическом расстройствах

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 прогрессивное (с нарастающим дефектом личности)

История развития учения о шизофрении

- 1852 г. Морель описал понятие dementia praecox (раннее слабоумие). Морель рассматривал это состояние в рамках теории дегенерации. Морель избрал описательный, а не нозологический подход к dementia praecox.
- 1863 г. Кальбаум описал кататонические психозы.
- 1874 г. Ученик Кальбаума - Геккер описал гебефрению.
- 1882 г. В.Х. Кандинский описывает идиофрению.
- 1891 г. С.С. Корсаков выделил остро возникающий психоз под названием дизнойя.
- 1891 г. Маньян описывает хронические бредовые психозы с исходом в своеобразное слабоумие.
- 1898 г. Э. Крепелин проанализировал все эти заболевания и выделил особое заболевание - dementia praecox с характерными чертами:
 1. начало в детском и подростковом возрасте.
 2. неперенный исход в слабоумие.
- 1911 г. Э. Блейлер использовал психологический подход к изучению больных dementia praecox

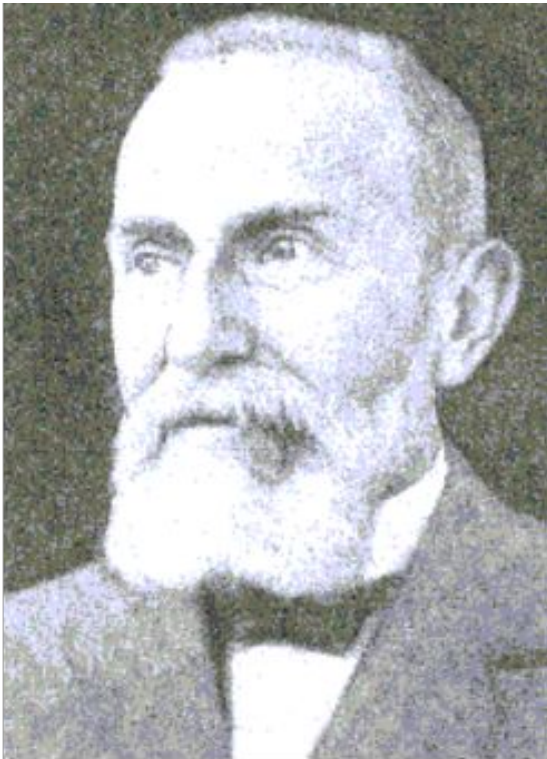
История шизофрении (1)



- Эмиль Крепелин
"раннее слабоумие" (Dementia praecox, 1896)
- Начало в пубертатном возрасте
- Прогрессирующее течение
- Исход в слабоумие особого типа

История шизофрении (2)

● Эуген Блейлер



«шизофрения» (1911)

- «основные симптомы»

Четыре «А»

- »: А утизм
 - расстройства А ассоциативного
 - синтеза Эмоционально-волевые расстройства
- (А патия и А 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:

- Дофаминергической** теории развития шизофрении (в 2000 г. была присуждена Нобелевская премия шведскому нейропсихофармакологу Арvidу Карлссону)
- 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, социодинамической

Модель "стресс-диатеза":

- предрасполагающий фактор (диатез)* - наследственность, дизонтогенетические и психосоциальные предикции
- "пусковой"* - социальное неблагополучие, психогении, соматические заболевания, инфекции, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

Современные исследования

Риск развития шизофрении при наличии больных шизофренией среди родственников.



Патогенез шизофрении

- Патогенетические механизмы:

- найротрансмиттерные 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 (больше блокируют серотониновые, чем дофоминовые рецепторы)

Клиника шизофрении

Происходят нарушения в следующих сферах:

- Мышление
- Эмоции
- Волевая сфера
- Двигательная сфера
- Восприятие
- Ощущения
- Внимание
- Сознание

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

Что такое «схизис»?

«Расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого:

- Мыслительные процессы – разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации
- Эмоциональные процессы – эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность

Волевые процессы - утрата единого волевого стержня личности, направляющего деятельность человека, определяющего его поведение. Из-за абулии больные не способны использовать свои, сохранные в большинстве случаев, интеллектуальные

- способности (прежде называли «шизофреническое слабоумие», теперь «шизофренический дефект»)

Утрата границ своего «Я»: чувство, что собственные

- психические процессы навязаны, «сделаны» кем-то извне
- (психические автоматизмы при синдроме Кандинского-Клерамбо)

Клинические формы шизофрении

- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая
- Простая
- Детская

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

Детская форма шизофрении

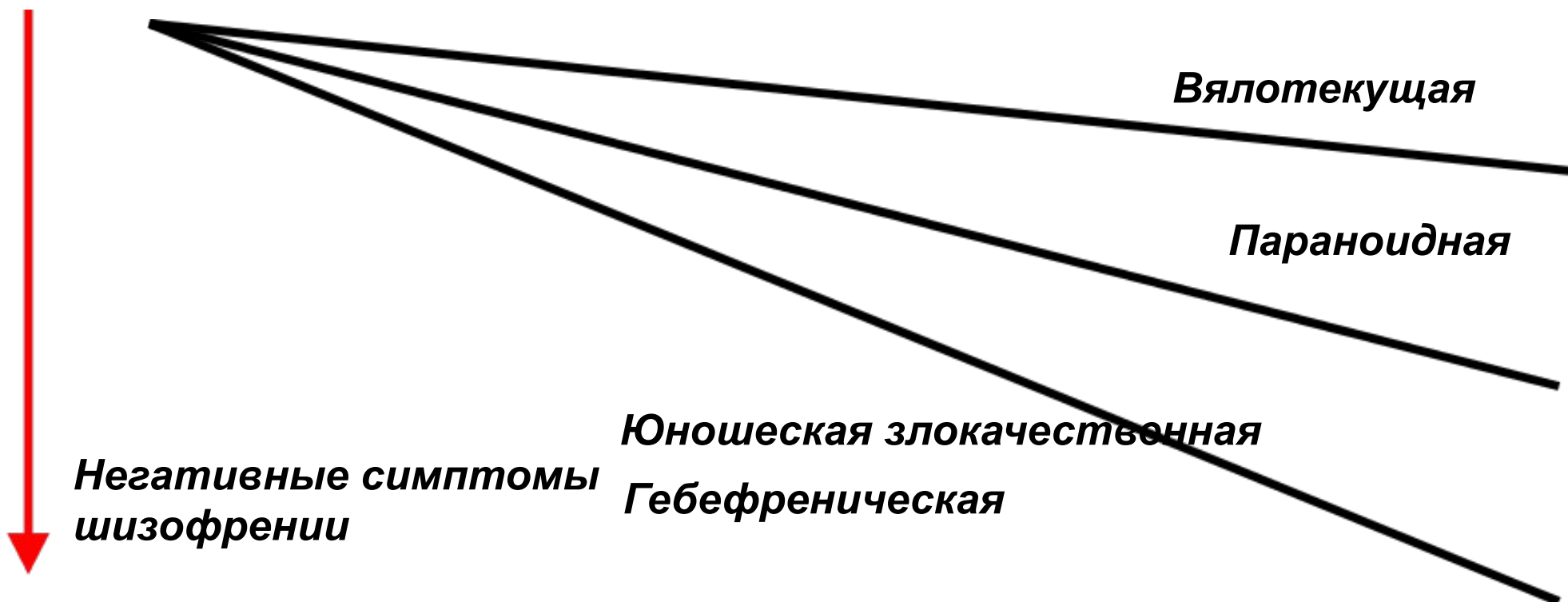
Типы течения шизофрении

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

Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) тип течения

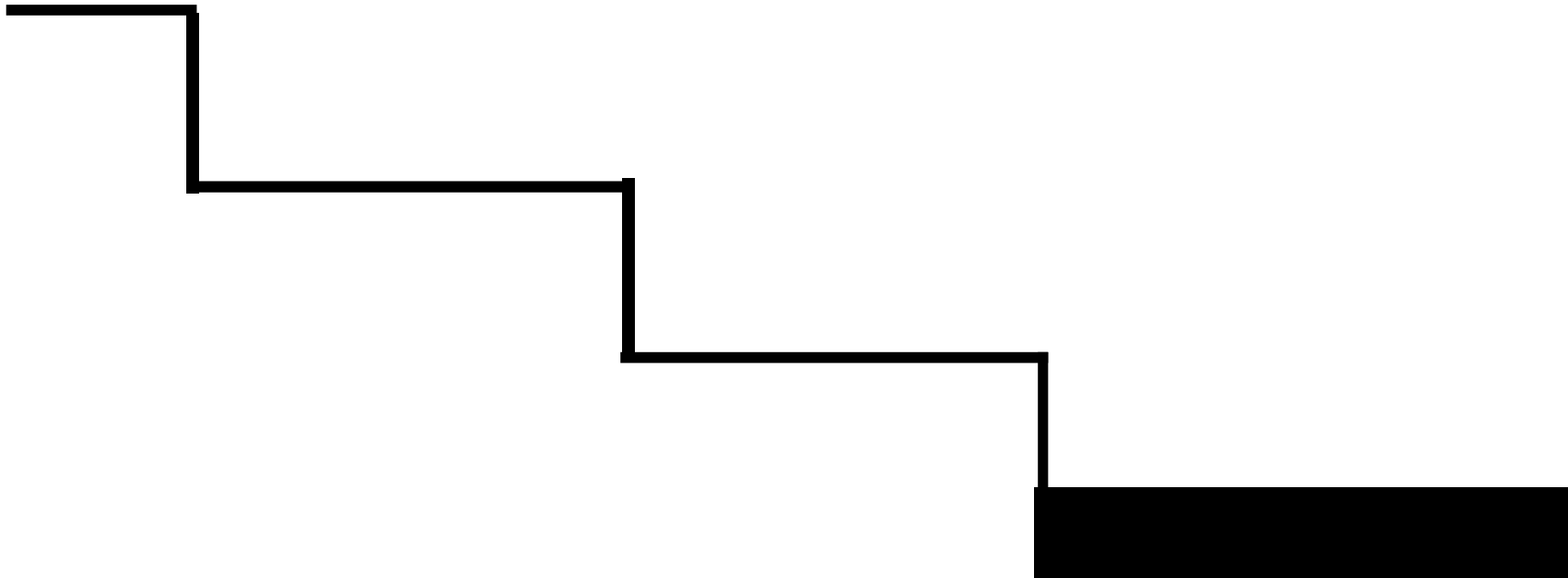
- Самый частый тип (>50%)
- Возможны терапевтические (лекарственные) ремиссии продуктивной с-ки

Потенциал личности до болезни



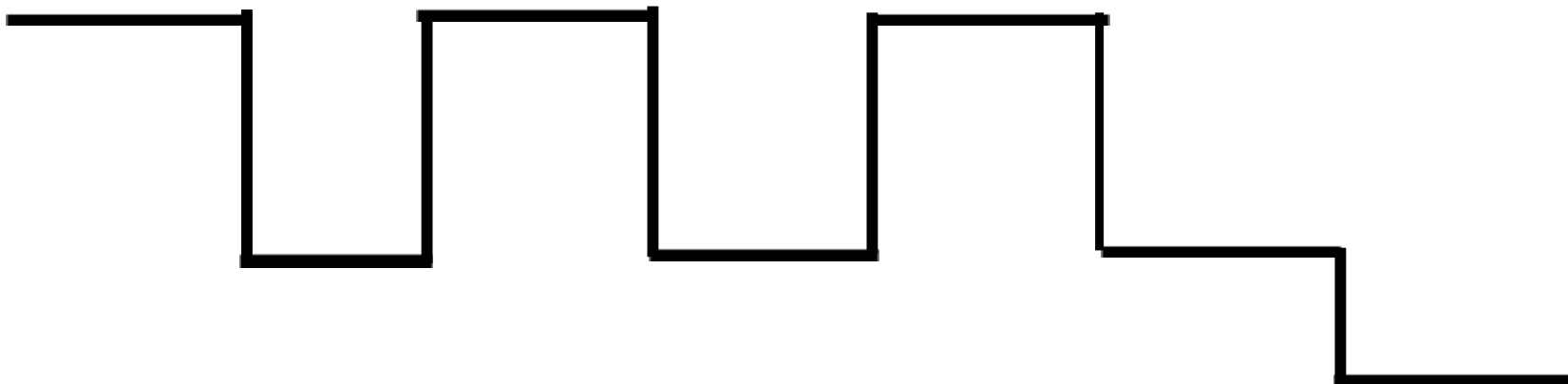
Приступообразно-прогредиентный ТИП

- Встречается в 25-30% случаев «ступенчатая» от нем. Schib — ступенька вниз
- 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)



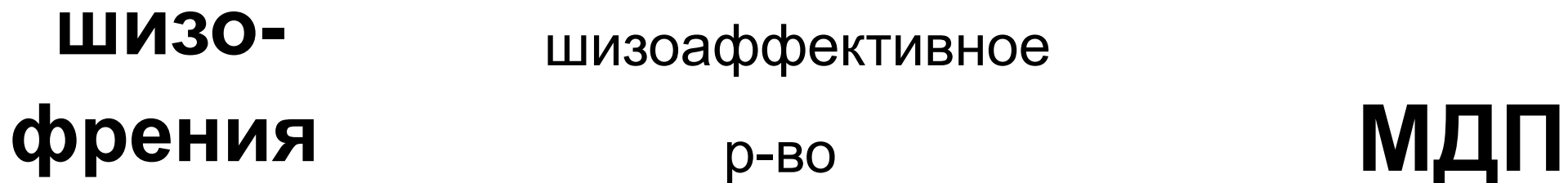
Понятие о шизоаффективном психозе

- 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

Континуум эндогенных психозов



- между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом существует множество переходных форм, для которых характерно одновременное существование признаков обоих заболеваний (шизоаффективное расстройство)

- т.к. в настоящее время диагноз эндогенных психозов устанавливается только клинически (нет специфичных признаков, выявляемых лабораторно или инструментально) - диагностика каждого из этих заболеваний основана на принятых на текущий момент клинических классификациях и может различаться в зависимости от использования той или иной классификации (МКБ10, DSM IV, отечественная)

- т.е. разграничение достаточно условно и иногда говорят о

Шизофрения - общие диагностические указания по

МКБ 10 –

- 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
- G. Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор
- H. «Негативные» симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками) выраженные: апатией, бедностью или неадекватностью эмоциональных реакций, социальной отгороженностью, социальной непродуктивностью
- I. Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения, проявляющиеся: потерей интересов, бесцельностью, погруженностью в

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 (!)
- требует дифференциальной диагностики с ЗНС (злокачественным нейролептическим синдромом - см. лекцию по психофармакологии) показано применение амизона и/или ЭСТ

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 социальных условиях возможна хорошая социальная адаптация больных

«Дефект» при шизофрении

- **Апатоабулический (эмоционально-волевой) дефект**
- **Астенический дефект.**
- **Неврозоподобный вариант дефекта.**
- **Психопатоподобный дефект.**
- **Псевдоорганический (параорганический) дефект.**
- **Тимопатический дефект.**
- **Гиперстенический вариант дефекта.**
- **Аутистический вариант дефекта.**
- **Дефект с монотонной гиперактивностью.**

Другие варианты дефектов:

- **Галлюцинаторный дефект**
- **Параноидный тип дефекта**

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
- Высокие затраты здравоохранения на лечение

Шизотипическое расстройство

- **диагноз МКБ 10.**

В отечественной психиатрии ближе всего к **вялотекущей** (медленнотекущей) **шизофрении.**

Диагностика сложна.

Характерно медленное, длительное, чаще непрерывное течение

Выделяют 2 основных формы:

ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ

Формы шизотипического расстройства

- 1. Псевдоневротическая** (симптоматика имитирует невроты, но возникает без психогений, имеет тенденцию к прогрессивной динамике, изначально отмечаются отдельные негативные симптомы, характерные для шизофрении, резистентна к психотерапии)
- 2. Псевдопсихопатическая** (имитирует личностные аномалии - психопатии, характеризуется преобладанием поведенческих расстройств, продуктивные и негативные симптомы шизофрении могут быть представлены рудиментарно с нарастанием по мере развития заболевания, малокурабельна)