

Шизофрения

1. Прочитать лекцию.
2. Составить план-конспект

Шизофрения

- Это тяжелое психическое расстройство, влияющее на многие функции сознания и поведения, в том числе мыслительные процессы, восприятие, эмоции (аффекты), мотивацию и даже двигательную сферу.
- Лучше всего рассматривать шизофрению как синдром, т.е. совокупность симптомов и признаков, поскольку нет согласия в вопросе о причине заболевания.

Шизофрения

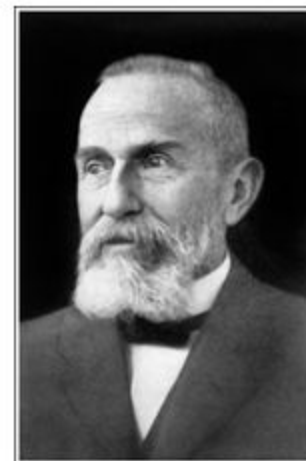
- Шизофрения — психическое расстройство, для которого характерно:
- Относительно высокая распространенность — страдает 0,7-1% населения Земли (что, например, в 3-5 раз больше, чем распространенность сахарного диабета 1 типа).
- Значительная тяжесть заболевания — люди, страдающие шизофренией, в большинстве случаев, заболевая в молодом возрасте, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в медицинской помощи (это делает шизофрению похожей на сахарный диабет 1 типа, при котором больные всю жизнь нуждаются в инсулине), часто госпитализируются (например, в России ежегодно получают стационарную помощь порядка 40% всех больных шизофренией, состоящих на диспансерном учете), составляя порядка 50% всех пациентов психиатрических стационаров
- Серьезные последствия в связи с нарушениями социального функционирования. Более 50% больных шизофренией в мире длительно нетрудоспособны. По оценкам ВОЗ шизофрения входит в первую десятку причин, приводящих к нетрудоспособности у лиц молодого возраста (15-44 лет). Для шизофрении характерны высокие показатели потери «здоровых» лет жизни вследствие болезни или преждевременной смерти (DALY), затрат здравоохранения и семей пациентов на лечение и социальную реабилитацию.



Эмиль Крепелин

«раннее слабоумие» (Dementia praecox, 1898):
характерно: начало в пубертатном возрасте,
прогрессирующее течение и исход в «слабоумие»
особого типа. Опора в диагнозе – течение и исход.
Противопоставил «маниакально-депрессивному
психозу». Включал наиболее тяжелые случаи

Эйген Блэйлер - термин «шизофрения» (1911) от
греч. *schizo* – расщепление («расщепление разума»)
Расширил диагностику, предложив
ориентироваться на «основные» симптомы -
четыре «А»: расстройства Ассоциативного синтеза,
Аутизм, Апатия, Амбивалентность



Курт Шнайдер – «симптомы I ранга» (1950):
«звучание мыслей, слышание голосов в форме диалога,
переживания телесного воздействия, отнятие мыслей и
другие виды воздействия на мысли ...» - легли в основу
современных диагностических критериев

Эпидемиология шизофрении

- Риск развития шизофрении **в течение жизни** имеют **0,7-1%** населения. В «срезовых» (одномоментных) исследованиях шизофрению выявляют примерно у 0,4% населения
 - В России психиатрической службой наблюдаются порядка 570 тысяч пациентов с шизофренией (0,4% населения)
- Прежде предполагалось, что распространенность шизофрении в разных странах мира приблизительно одинакова. В настоящее время признается, что существуют значимые различия в заболеваемости, связанные с распространенностью ряда факторов риска и разной доступностью медицинской помощи
- Риск развития: мужчины : женщины = 1:1
- Наибольшая заболеваемость в **раннем взрослом возрасте** (18-30 лет), в 80% случаев заболевают в возрасте до 40 лет
- Женщины в среднем заболевают на несколько лет позже мужчин и болеют легче



Происхождение (этиология) шизофрении

Причины шизофрении неясны и запутанны. По мнению врачей к ней может привести множество факторов. Возникает в результате взаимодействия генов и некоторых факторов среды. Влияют психо-социальные факторы. Самые распространенные из них:

- **наследственность.** Если среди близких есть или были больные шизофренией, вероятность заболеть в среднем вырастет на 10%. Риск развития полиморфного психотического расстройства возникает не у всех, у кого есть генетическая предрасположенность. У 60% пациентов больных среди близких родственников нет;
- **пренатальные факторы.** Основные причины шизофрении – внутриутробные инфекции, осложнения во время родов. Подтверждена зависимость от сезона рождения. Рожденные зимой болеют чаще, чем рожденные летом. У врачей нет этому никаких объяснений;
- **социальные условия.** Диагноз шизофрения чаще ставят горожанам чем сельским. В зоне риска граждане, живущие в неблагополучных семьях, безработные, бездомные, подвергающиеся расовой дискриминации;
- **воспитание.** Причины развития шизофрении у подростков и взрослых – сексуальное, физическое насилие, которому подвергают ребенка в детстве. К болезни могут привести плохие взаимоотношения в семье, отсутствие поддержки, пренебрежение со стороны родителей;
- **алкогольная и наркотическая зависимость.** Причинно-следственные связи отследить сложно, но они существуют. По мнению ученых болезнь может обостриться в результате приема психоактивных веществ. Некоторые лица с шизофренией становятся алкоголиками, наркоманами уже после того, как у них появляются первые симптомы и ощущения – подозрительность, негативные эмоции, расстройство мышления;
- **нарушение познавательных функций.** В группе риска пациенты с когнитивными нарушениями, принимающие антипсихотические препараты. Под воздействием стресса они проявляют чрезмерное внимание к возможным угрозам, воспринимают ментальную и социальную обстановку в искаженном виде

Важно!!!

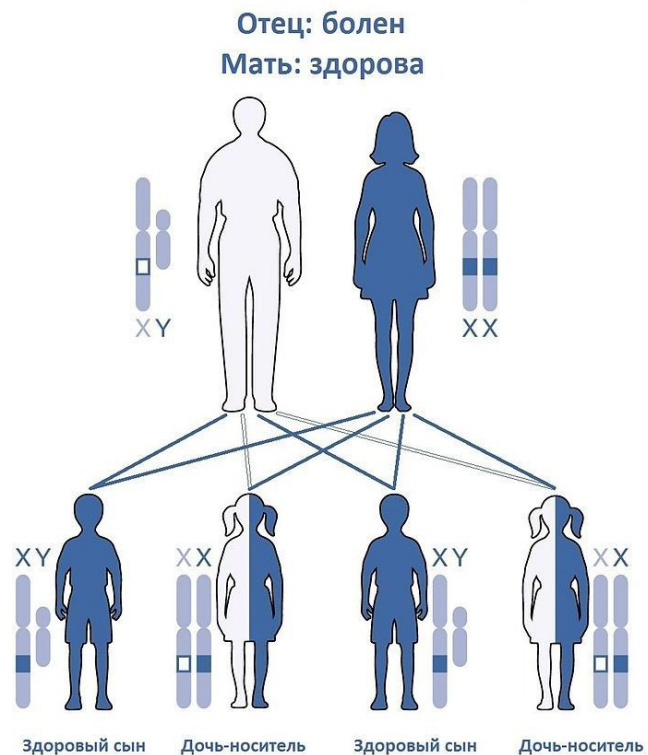
- По мнению ученых шизофрения у мужчин и женщин возникает по причине чересчур восприимчивой психики. Обострение и возобновление болезни они объясняют взаимодействием между внутренними и внешними стрессовыми факторами. Среди внешних стрессогенных факторов они называют низкий материальный достаток, утрату работы, несчастную любовь.



ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ШИЗОФРЕНИИ ПО НАСЛЕДСТВУ

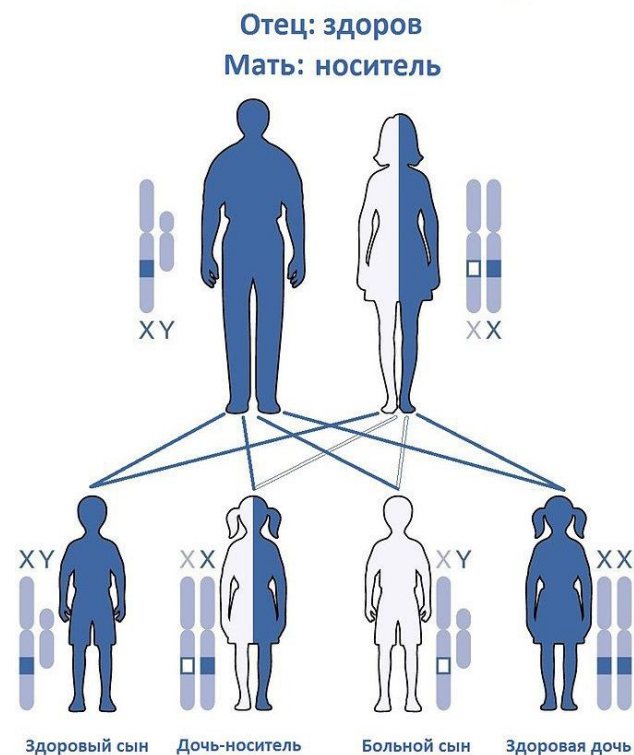
Вероятность передачи шизофрении по наследству от отца ребенку не превышает 3,1%. При наличии в таких семьях двух детей, неблагоприятная наследственность с большей вероятностью отражается на детях мужского пола. Девочки, как правило, могут иметь предрасположенность к заболеванию при наличии в семье брата.

Риск развития шизофрении у ребенка в семьях, где болеет отец: 2 сестры — стремится к 0%; 2 брата — не более 6,4%; брат и сестра — 1,8% у сестры, 5,1% у брата.



Вероятность передачи шизофрении по наследству от матери ребенку не превышает 14,8%. Если такая семья имеет двух детей, то риск наследственного фактора возрастает при наличии двух детей женского пола. Впрочем, мальчики в таких семьях все равно имеют большую предрасположенность к заболеванию по сравнению с семьями, где шизофренией болеет отец.

Риск развития шизофрении у ребенка в семьях, где болеет мать: 2 сестры — стремится к 17,8%; 2 брата — не более 11,1%; брат и сестра — 16,3% у сестры, 7,4% у брата.



Клиника шизофрении

- 1. Позитивные (продуктивные, психотические) симптомы** - в большинстве случаев преходящи (наблюдаются во время эпизодов ухудшения состояния): бред, галлюцинации (обычно псевдо-), психические автоматизмы, дезорганизация мышления (резонерство, разорванность и пр.) и поведения, кататония
- 2. Негативные симптомы** – первичные н.с. мало обратимы, могут прогрессировать по мере течения заболевания, во многом определяют социальную дезадаптацию пациентов. Представлены дефицитом эмоционально-волевой сферы: апатия, абулия, обеднение речевой продукции (алогия), малоконтактность.
 - Негативная симптоматика не является обязательной для диагностики шизофрении, наблюдается не у всех больных
 - Первичную негативную симптоматику следует отличать от вторичной (вызванной побочными эффектами антипсихотиков, госпитализмом, депрессией)
- 3. Когнитивные расстройства** – нерезко выраженные нарушения познавательных процессов (памяти, внимания, скорости обработки информации, социальных когниций и пр.), влияют на социальную адаптацию и прогноз
- 4. Аффективные расстройства** – чаще депрессии; не должны определять клиническую картину, иначе диагноз шизофрении должен быть отвергнут в пользу шизоаффективного или биполярного аффективного расстройства



Позитивные симптомы шизофрении

- В случае шизофрении позитивные симптомы совсем не обозначают "хорошие". Это те симптомы, которые что-то добавляют в психический статус больного человека. К ним относятся:
- Бред. Это мысли и умозаключения, которые никак не соответствуют объективной действительности, но при этом абсолютно истинны для страдающего бредом человека. Он может быть уверен, что является мессией, посланником Бога на земле. Или в том, что болен смертельной, неизлечимой болезнью. Или верить в то, что на землю прилетели инопланетяне. Бред очень часто сочетается с другим позитивным симптомом - галлюцинациями.
- Галлюцинации. Обманы восприятия, когда заболевший видит, слышит, обоняет, осязает то, чего на самом деле нет. Наиболее типичный вид галлюцинаций у больных шизофренией - слуховые галлюцинации, "голоса в голове". Эти галлюцинации могут представлять реальную опасность: частый вид слуховых галлюцинаций - так называемые императивные. Человек слышит голос, приказывающий ему сделать что-то и грозящий страшными наказаниями за непослушание. В таком состоянии больной человек может причинить вред себе или окружающим. Очень важно понимать, что чаще всего подросток с острыми галлюцинациями не способен критически оценивать свое состояние, и ему требуется немедленная помощь врача.
- Нарушения мышления, речи. В остром приступе шизофрении заболевший часто говорит "глупости", его речь может быть лишеной внятного смысла, вплоть до того, что становится просто набором слов. У больных снижается концентрация внимания, они становятся неспособны к учебе, чтению и даже выполнению простейших бытовых задач.
- Двигательные нарушения. Это может быть как неусидчивость, избыточная жестикуляция, вычурные и странные движения конечностями и телом, ажитация, так и застывания на месте в странных позах, вплоть до обездвиженности с восковой гибкостью или ригидностью.

Негативные симптомы шизофрении:

- Эмоциональное обеднение. Человек не радуется и не печалится, он отрешен, часто равнодушен даже к своим близким и любимым.
- Социальная изоляция. Человек всё чаще отказывается от общения, от встреч с друзьями, посещения общественных мест. Может достигать значительной выраженности, вплоть до того, что больной становится добровольным затворником.
- Волевое снижение. Сильно падает уровень самоконтроля, волевая регуляция деятельности страдает очень сильно, вплоть до невозможности даже начать какое-то дело или даже задумать его выполнение.

Диагностических критерии шизофрении в МКБ-11 (2019):

Как минимум 2 из следующих симптомов должны быть представлены (по отчету пациента или через наблюдение клинициста или других информаторов) большую часть времени в течение 1 месяца или более.

Как минимум 1 симптом должен быть из числа первых 4-х пунктов списка:

- 1. Персистирующий бред** (например, бред величия, отношения, преследования)
- 2. Персистирующие галлюцинации** (наиболее часто слуховые, хотя могут быть любой другой модальности)
- 3. Дезорганизация мышления** (формальные нарушения мышления) (например, ответы по касательной или потеря ассоциаций, нерелевантная речь, неологизмы). В тяжелой степени речь может быть бессвязной до невозможности ее понимания ("словесная окрошка")
- 4. Переживания воздействия, овладения или внешнего контроля** (например, переживания, что мысли и действия не принадлежат себе, а вкладываются извне или отнимаются другими, или что мысли открыты другим). *Отметьте:* Бредовая интерпретация этих феноменов должна оцениваться как первый пункт списка.
- 5. Негативные симптомы** такие, как аффективное уплощение, алогия, бедность речи, безволие, асоциальность и ангедония. *Отметьте:* Должно быть ясно, что эти симптомы не вызваны расстройствами настроения или употреблением ПАВ или лекарств.
- 6. Грубо дезорганизованное поведение**, которое может быть отмечено в любой форме целенаправленной активности (например, поведение, которое представляется нелепым или лишенным цели, непредсказуемые или неадекватные эмоциональные реакции, которые влияют на организацию поведения)
- 7. Психомоторные нарушения**, такие как кататонический возбуждение, застывания, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор

Клинические формы шизофрении

Прежде выделяли несколько клинических форм шизофрении, в настоящее время (в т.ч. в МКБ-11) деление на формы признано излишним и плохо воспроизводимым, различия в симптоматике лучше описываются оценкой выраженности отдельных симптомов по шкалам (димерсиональная оценка)

Формы в МКБ-10 (1990):

1. **Параноидная** – самая частая форма, продуктивная с-ка представлена параноидным синдромом (чаще синдром психических-автоматизмов Кандинского-Клерамбо / симптомы 1 ранга К.Шнайдера).
2. Кататоническая – ведущий продуктивная симптоматика кататоническая. М.б. представлена изолированно, а может сочетаться с галлюцинаторно-бредовой с-кой, онейроидом и пр.
3. Гебефреническая – случаи юношеской злокачественной шизофрении с быстрым формированием эмоционально-волевого дефекта, часто сочетающегося с персистирующим идеомоторным возбуждением
4. **Простая** – отсутствует продуктивная симптоматика, выражен стойкий эмоционально-волевой дефект
5. Резидуальная (остаточная) – состояние эмоционально-волевого дефекта после перенесенных прежде психотических эпизодов

Типы течения шизофрении

- Начиная с Э.Крепелина прогрессирующее течение шизофрении с формированием эмоционально-волевого дефекта считалось её обязательным атрибутом. В дальнейшем исследования выявили, что только у 50% больных отмечаются неблагоприятные исходы
- Прежде выделяли несколько типов течения шизофрении (рекуррентный, приступообразно-прогредиентный, непрерывный). Однако выделение типов течения оказалось плохо воспроизводимо и малоинформативно
- В настоящее время рекомендуется использовать только констатацию количества перенесенных прежде эпизодов. В т.ч. в МКБ-11:
 1. Шизофрения, первый эпизод
 2. Шизофрения, повторный эпизод
 3. Шизофрения, непрерывное течение (>1 года без ремиссии)
- Предполагается, что наибольшие изменения в мозге больных и формирование негативных и когнитивных нарушений происходят в первые 5 лет болезни
- Прогрессирование может быть связано не только с самой болезнью, но и с внешними факторами: неблагоприятными условиями жизни, госпитализмом, чрезмерным лечением антипсихотиками

Детская шизофрения

- Детская шизофрения - это довольно редкое заболевание, встречающееся у 0.5-1.5% детей в возрасте от 3 до 16 лет. Многие годы считалось, что дети не болеют шизофренией. Если у 5-летнего ребенка вдруг обнаруживались симптомы шизофрении, то не все специалисты соглашались с этим диагнозом. Шизофрения - это хроническое психическое заболевание, многие годы считавшееся абсолютно неизлечимым и не поддающимся какой-либо коррекции.
- Посмотрите видео и составьте принципы общения с ребенком больным шизофренией
- https://www.youtube.com/watch?v=f0RGggn_aWI&t=353s&ab_channel=MatzpenClinic
- Согласно самым современным исследованиям, чем в более раннем возрасте человек заболевает шизофренией, тем меньше шансов на излечение и реабилитацию. Причина кроется в том, что дети еще не успевают приобрести те жизненные навыки, при помощи которых они могли бы бороться со своей болезнью. И по сей день во многих странах и культурах бытует мнение, будто шизофреники неспособны вести полноценную жизнь, а лечение самой болезни невозможно. Тем более категорично подобное мнение высказывается применительно к больным детям.

Неблагоприятный исход шизофрении

Апато-абулический с-м – выраженный дефект эмоционально-волевой сферы:

- Пациенты пассивны, бездеятельны, безынициативны, равнодушны к своему внешнему облику, состоянию здоровья, условиям жизни, мало общаются, не проявляют к чему-либо интереса
- В беседе могут быть эмоционально невыразительны, монотонны, однообразны
- Со временем любые жизненные препятствия становятся чрезмерными, утрачивают прежний социальный статус – теряют работу, семью, иногда собственное жилье, способность жить самостоятельно
- Однако при наличии внешней мотивации (поддержка и направление со стороны семьи, лечебных учреждений или учреждений социального обслуживания) люди с апато-абулическим дефектом могут функционировать на бытовом уровне и простой работе относительно удовлетворительно

Факторы, влияющие на прогноз

ХУЖЕ	ЛУЧШЕ
Ранний дебют	Женский пол
Шизофрения у родственников	Наличие провоцирующих факторов
Плохая адаптация до болезни	Острое начало
Преобладание негативной симптоматики	Аффективная симптоматика в клинической картине
Плохая критика к заболеванию и комплаенс	Хорошая переносимость лекарств

При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая адаптация и качество жизни

Последствия шизофрении

Социально-психологические последствия шизофрении:

- Снижение качества жизни самих больных и их близких
- Социальный "дрейф" – снижение социального уровня
- Реже вступают в брак и имеют меньше детей
- Некоторое увеличение числа тяжких преступлений (сопоставимо с больными алкоголизмом), но также чаще становятся их жертвами
- Высокие социальные издержки общества на помощь больным

Медицинские последствия - ↓ продолжительности жизни в среднем на 10 лет:

- 5% больных совершают завершённый суицид
- **Высокая распространённость и тяжесть соматических заболеваний** в связи:
 - Длительным пребыванием в состоянии эмоционального напряжения, нездоровым образом жизни, побочными эффектами лекарственной терапии, повышением риска наследственной предрасположенности к ряду соматических заболеваний
 - Не получают адекватной медицинской помощи из-за:
 - Своих волевых расстройств, не критичности (в т.ч. к своему соматическому состоянию), бедности
 - Стигматизацией больных шизофренией в глазах врачей: думая только об опасности больных, некоторые врачи сознательно или бессознательно отказывают в соматической терапии нуждающимся больным