

# 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

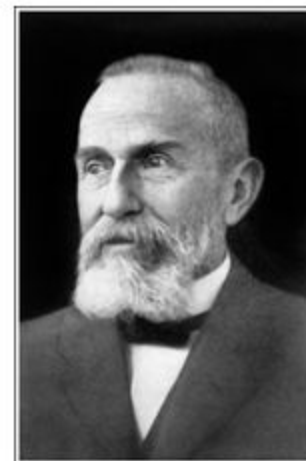
- Шизофрения — психическое расстройство, для которого характерно:
- Относительно высокая распространенность — страдает 0,7-1% населения Земли (что, например, в 3-5 раз больше, чем распространенность сахарного диабета 1 типа).
- Значительная тяжесть заболевания — люди, страдающие шизофренией, в большинстве 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.

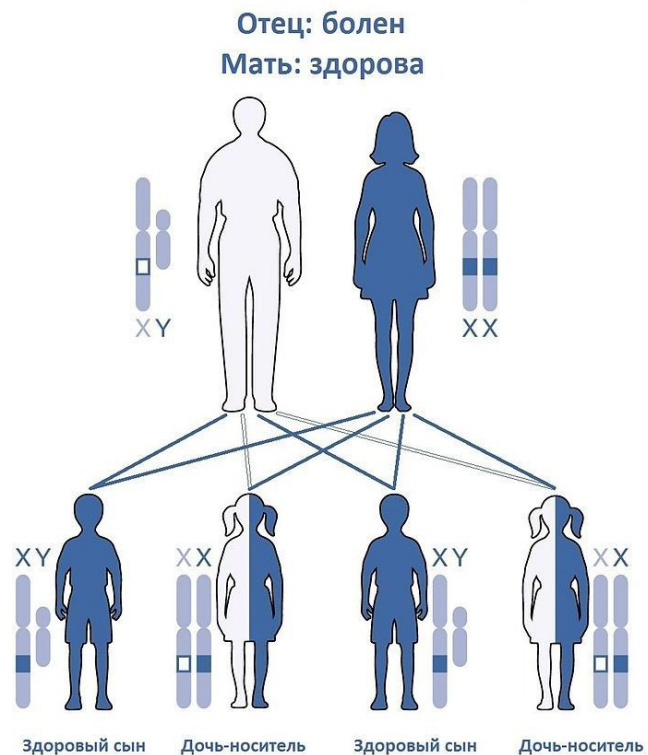




# ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ШИЗОФРЕНИИ ПО НАСЛЕДСТВУ

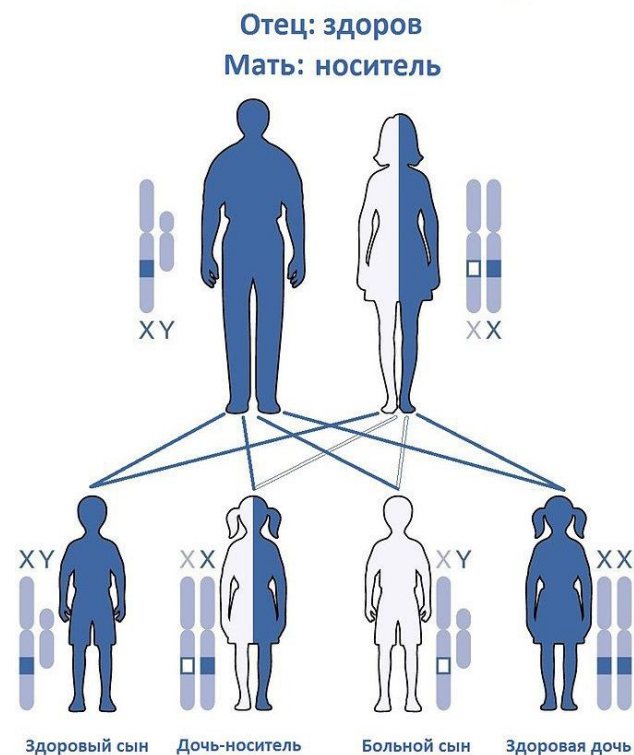
Вероятность передачи шизофрении по наследству от отца ребенку не превышает 3,1%. При наличии в таких семьях двух детей, неблагоприятная наследственность с большей вероятностью отражается на детях мужского пола. Девочки, как правило, могут иметь предрасположенность к заболеванию при наличии в семье брата.

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](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