



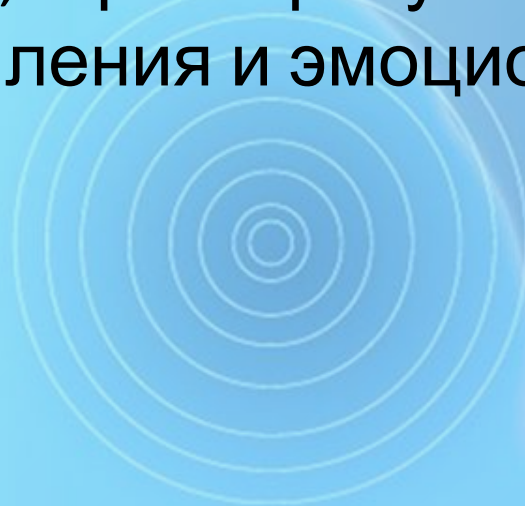
Галлюцинации и бредовые расстройства

Лектор: Ларченко
Владимир
Леонидович

Шизофрения

Шизофрения (от др. греч. σχίζω «расщеплять», «раскалывать» + φρήν «ум, мышление, мысль») – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной симптоматики (галлюцинаторно-бредовой, кататоно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной симптоматики (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, наличием поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Шизофрeнiя — эндогенное полиморфное психическое расстройство (или группа психических расстройств), характеризующееся распадом процессов мышления и эмоциональных реакций.



Эпидемиология

Заболеваемость (число случаев заболевания на каждый год) в России в 2002г. составила 0,14 (женщины 46%, мужчины 54%), а болезненность 3,7 (мужчины 50%, женщины 50%) на 1000 человек населения. Средний возраст начала заболевания для мужчин 18-25 лет, для женщин 25-30 лет. После 35 лет заболевают 17% женщин и 2% мужчин. Шизофрения крайне редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50 лет. Примерно 90% всех больных имеют возраст 15-54 года.

Этиология

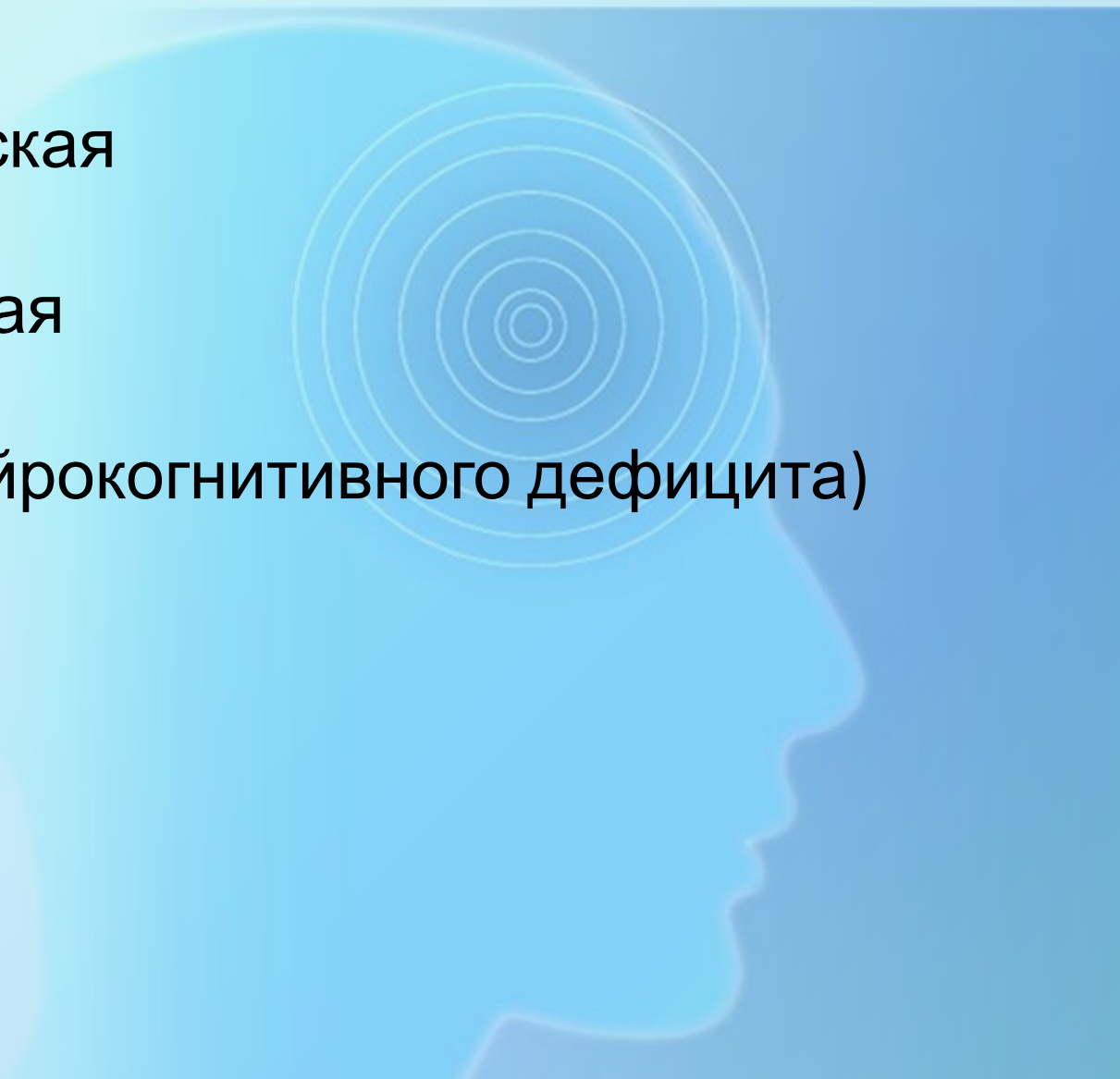
Сегодня принято считать, что шизофрения является патологическим процессом, причиной которого может быть несколько факторов. Однако ответ на вопрос: какой из них следует считать основным, остается открытым.

К наиболее значимым моделям этиологии шизофрении относят биологическую, психологическую, социальную и смешанную (биопсихосоциальную) модели.

Биологические концепции шизофрении

- Генетическая концепция
- Дизонтогенетическая (нейродегенеративная) концепция
- Патология родового и послеродового периодов
- Биохимическая теория шизофрении
- Роль психоактивных веществ в генезе шизофрении
- Эволюционные теории

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ

- Психодинамическая
 - Экзистенциальная
 - Когнитивная (нейрокогнитивного дефицита)
 - Бихевиоральная
- 

СОЦИАЛЬНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

Социальная

Стрессовая



Модель «уязвимость-стресс»

Согласно этой модели, предрасполагают к развитию шизофрении врожденные и приобретенные в раннем детстве аномалии, неблагоприятные психосоциальные факторы, включая особенности воспитания и обстановку в семье. Вероятность сбоев нервной системы резко повышается в затяжной ситуации стресса. Негативные психосоциальные усиливают уязвимость нервной системы, а адекватная социальная поддержка и копинг-ресурсы личности защищают от возникновения психического расстройства.

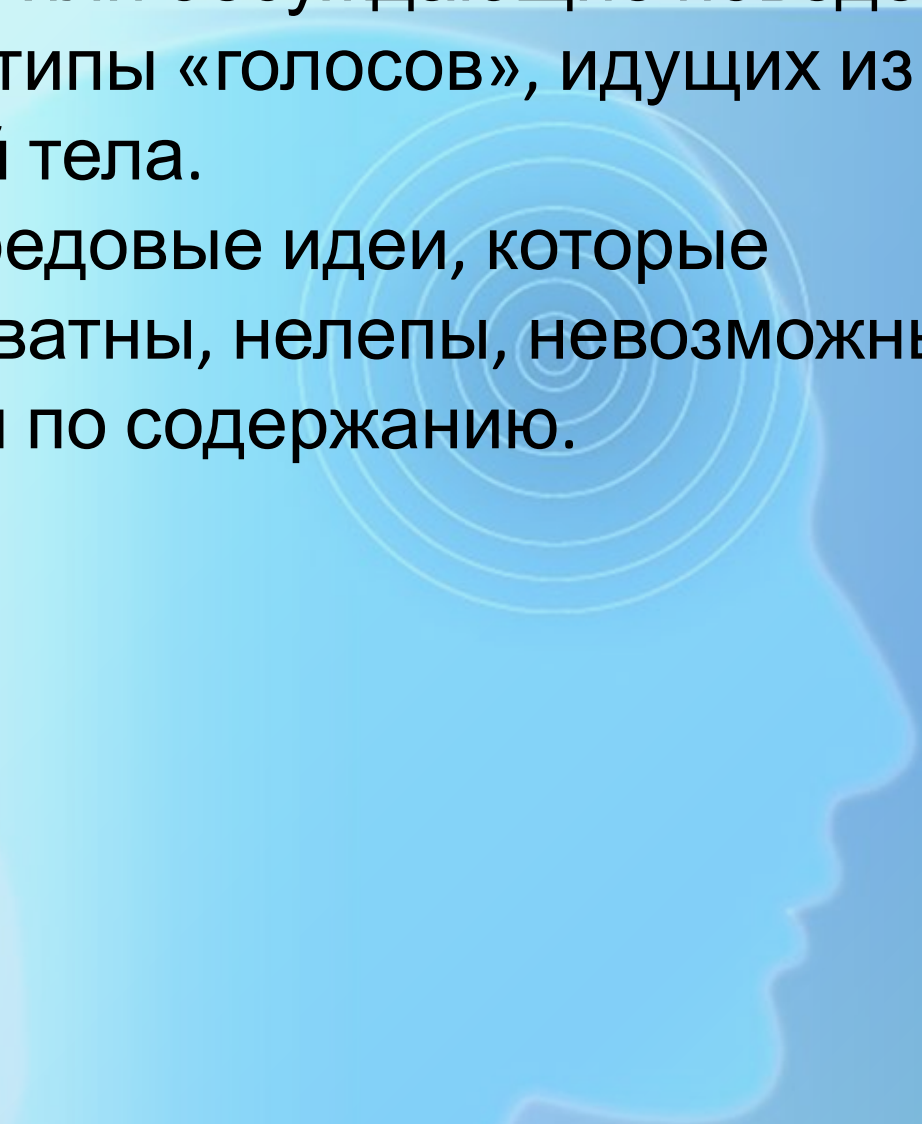
Диагностические критерии по МКБ-10

Согласно МКБ-10, для постановки диагноза должен наблюдаться хотя бы один из следующих признаков:

- (a) «Эхо» мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей окружающим.
- (b) Бред овладения, воздействия или пассивности, отчётливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие.

(c) Галлюцинаторные «голоса», комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы «голосов», идущих из различных частей тела.

(d) Устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/или грандиозны по содержанию.



Либо должны наблюдаться по крайней мере два из следующих «меньших» симптомов:

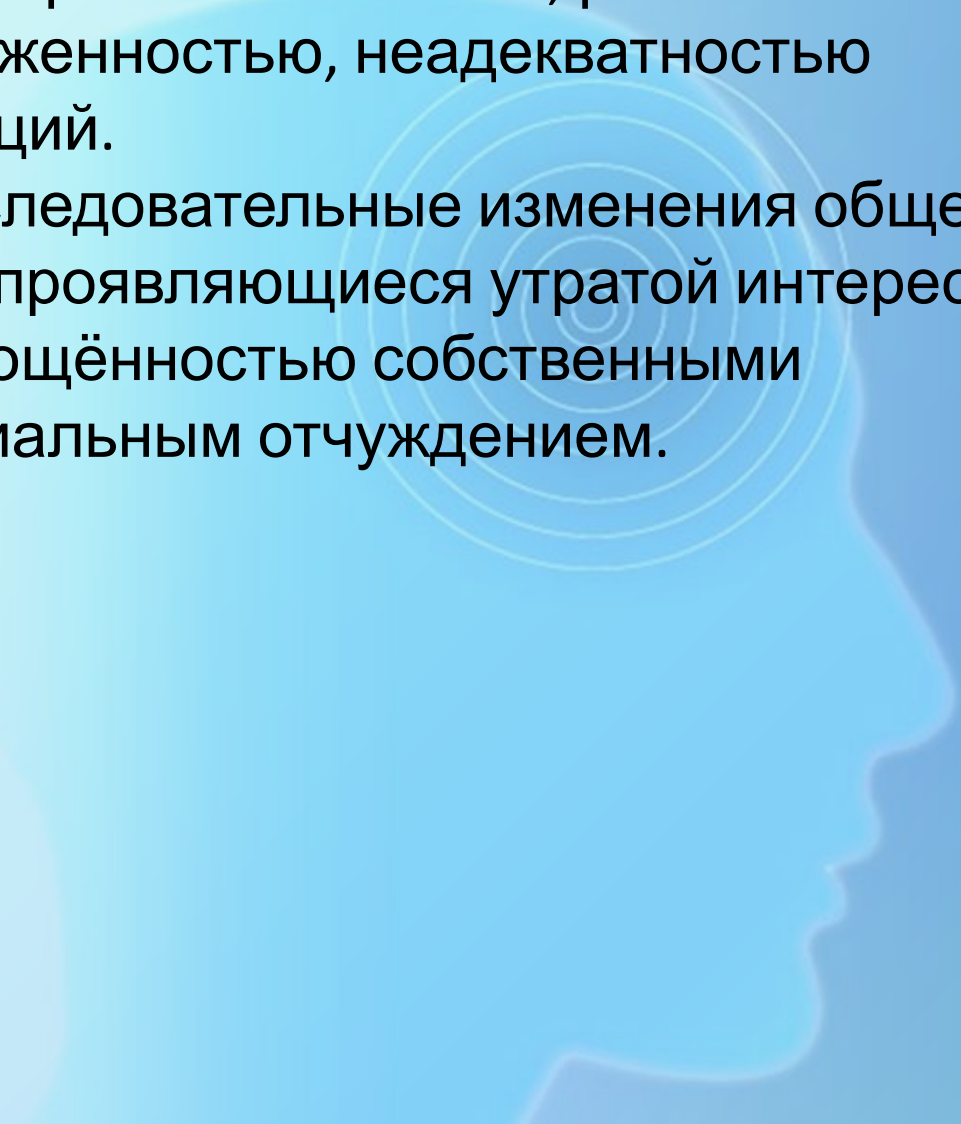
(e) Стойкие галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания.

(f) Неологизмы, шперрунги (перерывы в мышлении), приводящие к разорванности или несообразности в речи.

(g) Кататоническое поведение, например возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор.

(h) «Негативные симптомы» приводящие к социальному отчуждению и снижению социальных показателей; симптомы, которые могут быть выражены: апатией, речевым обеднением или сглаженностью, неадекватностью эмоциональных реакций.

(i) Достоверные и последовательные изменения общего качества поведения, проявляющиеся утратой интересов, бесцельностью, поглощённостью собственными переживаниями, социальным отчуждением.



Диагностические критерии по МКБ-11

Шизофрения характеризуется нарушениями в различных психических сферах, включая мышление (напр., бред, дезорганизация мыслительного процесса), восприятие (напр., галлюцинации), ощущения (напр., ощущение, что чувства, побуждения, мысли или поведение человека находятся под контролем внешней силы), когнитивные способности (напр., нарушение внимания, вербальной памяти и социального познания), волю (напр., утрата мотивации), аффект (напр., притупление эмоционального реагирования) и поведение (напр., поведение, которое кажется нелепым или бессмысленным или нарушено в связи с непреодолимыми или непреодолимыми

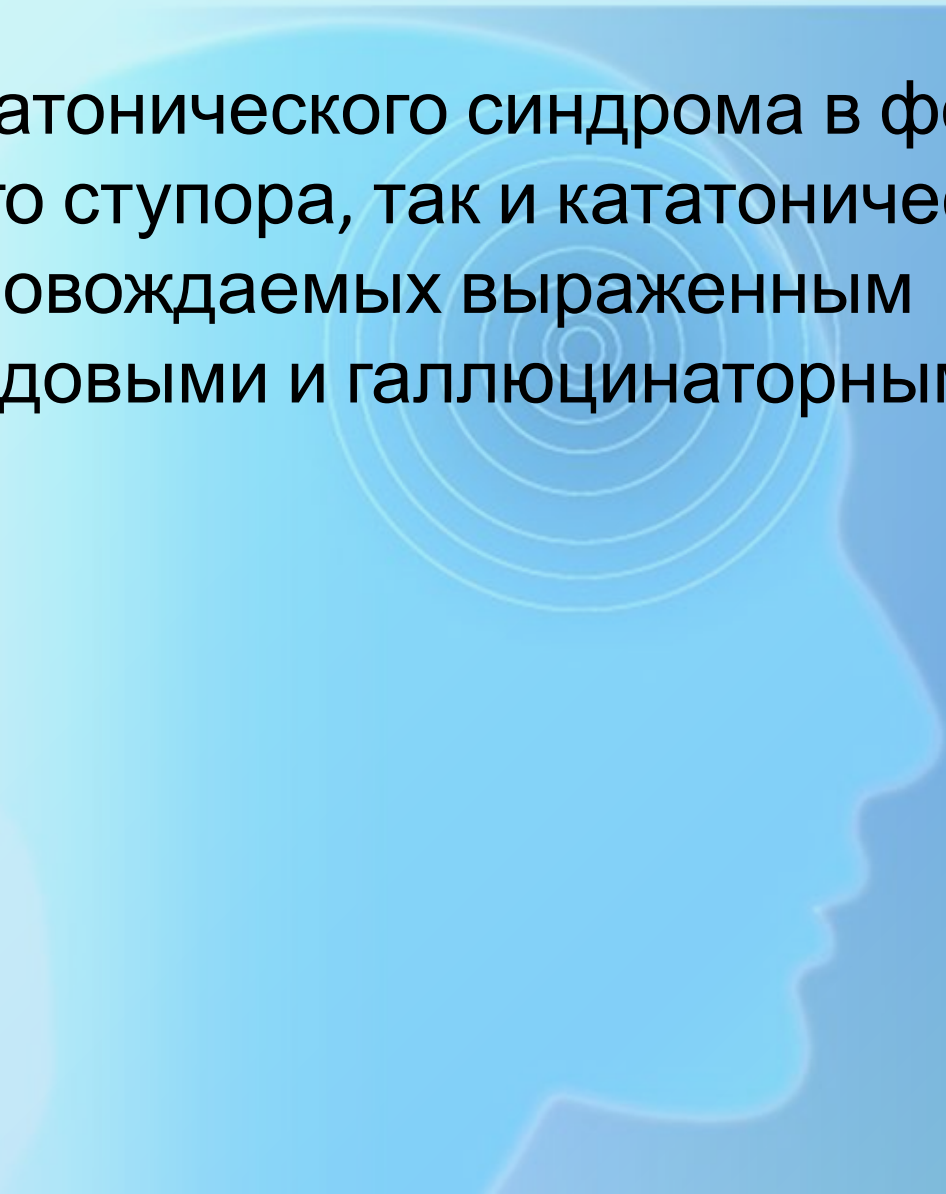
Могут отмечаться психомоторные нарушения, включая кататонию. Основными симптомами считаются стойкие бредовые идеи, стойкие галлюцинации, нарушения мышления и ощущения воздействия, овладения или контроля. Чтобы можно было поставить диагноз шизофрении, симптомы должны сохраняться по крайней мере в течение одного месяца. При этом указанные симптомы не должны быть проявлением других нарушений состояния здоровья (напр., опухоли головного мозга) и не должны быть обусловлены воздействием психоактивных веществ или лекарственных средств на центральную нервную систему (напр., кортикостероидов), включая эффекты отмены (напр., синдром отмены алкоголя)

Параноидная форма

Развивается в зрелом возрасте, чаще в 30-40 лет. Основным является параноидный синдром с бредовыми идеями отношения, преследования, отравления, физического воздействия. Она сопровождается явлениями деперсонализации, галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания. Негативные симптомы выражены незначительно. Однако со временем бред и галлюцинации могут потерять свою актуальность, и на первый план выступает апатико-абулическое слабоумие.

Кататоническая форма

Преобладание кататонического синдрома в форме как кататонического ступора, так и кататонического возбуждения, сопровождаемых выраженным негативизмом, бредовыми и галлюцинаторными включениями.



Простая форма

Обычно начинается в юношеском возрасте, развивается медленно и проявляется негативными расстройствами.

Эпизодически появляются нестойкие идеи отношения и слуховые галлюцинации.

Протекает чаще злокачественно, приводя к изменению личности и формированию дефектного состояния с выраженным апатико-абулическим синдромом.

Гебефреническая форма

Она начинается в юношеском возрасте (15-25 лет) с эмоционально-волевых и интеллектуальных нарушений. Наряду с негативными расстройствами, наблюдается гебефренический синдром. Для него характерна дурашливость, вычурность поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне эйфории. Больные гримасничают, прыгают, хлопают в ладошу, кувыркаются. Поведение бессмысленное, бесцельное, непредсказуемое. Речь обычно разорванная. Кроме того, могут появляться отрывочные бредовые идеи и галлюцинации.

Типы течения

□ **Непрерывно текущая - шизофрения**

характеризуется отсутствием спонтанных ремиссий и постепенным утяжелением симптоматики.

□ **Приступообразно-прогредиентная**

(шубообразная) шизофрения - шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями. Ремиссия не сопровождается полным восстановлением психического здоровья, от приступа к приступу у больного всё больше обнаруживается обеднение эмоционально-волевой сферы.

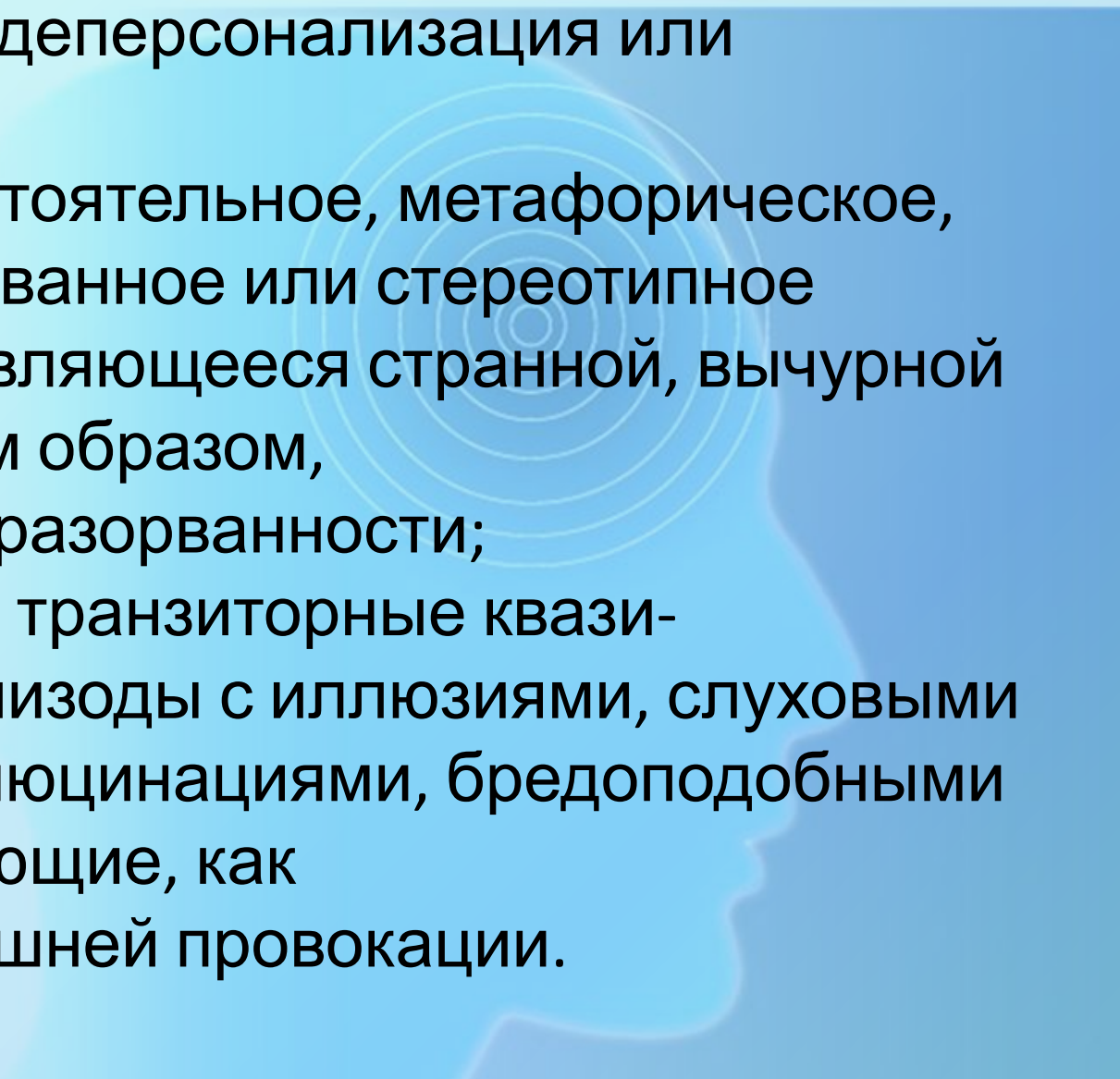
□ **Рекуррентная(периодическая) шизофрения** - характеризуется практически полным обратным развитием симптоматики в период ремиссии. Больной при этом трудоспособен и хорошо адаптирован. Немало случаев, когда после перенесённого приступа у больных наблюдались ремиссии по 10-25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной, в том числе и творческой деятельностью.

Шизотипическое расстройство

Это расстройство характеризуется чуждающимся поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо преобладающей или типичной для шизофрении симптоматики нет.

Могут наблюдаться следующие признаки:

- а) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
- б) поведение или внешний вид чуждаемые, эксцентричные или странные;
- в) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- г) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- д) подозрительность или параноидные идеи;
- е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;



ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;

и) эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств.

Чаще эти расстройства встречаются у лиц, генетически связанных с больными шизофренией и относятся, как считают, к части генетического "спектра" шизофрении.

Бредовое расстройство

Расстройство, характеризующееся развитием монотематического бреда или систематизированного политематического, который носит обычно хронический характер, а иногда сохраняется на протяжении всей жизни.

Содержание бреда разнообразно. Чаще всего это бред преследования, ипохондрический, величия, но он также может быть и кверулянтным, ревности, или высказывается убеждение, что у больного уродливое тело.

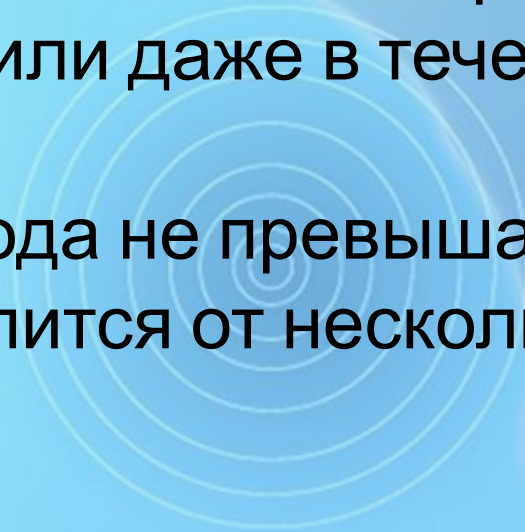
Периодически могут появляться депрессивные симптомы, а в некоторых случаях обонятельные или тактильные галлюцинации.

Острое транзиторное психическое расстройство (**МКБ-11**)

Острое транзиторное психотическое расстройство характеризуется острым возникновением психотических симптомов, которые появляются без продромального периода и достигают своей максимальной выраженности в течение двух недель. Симптомы могут включать бред, галлюцинации, дезорганизацию мыслительных процессов, растерянность или замешательство, нарушения аффекта и настроения.

Могут отмечаться кататоноподобные психомоторные нарушения. Характер и интенсивность симптомов обычно быстро меняются ото дня ко дню или даже в течение одного дня.

Продолжительность эпизода не превышает трех месяцев, но чаще всего длится от нескольких дней до одного месяца.



Шизоаффективное расстройство

Это эпизодические расстройства, при которых выражены как аффективные, так и шизофренические симптомы, чаще одновременно, по крайней мере в течение нескольких дней.

Диагноз шизоаффективного расстройства может быть поставлен только в том случае, если выражены как шизофренические, так и аффективные симптомы одновременно или последовательно в течение нескольких дней во время одного и того же приступа, и приступ вследствие этого не отвечает критериям ни шизофрении, ни маниакального или



Спасибо за внимание!