



«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.

Диссоциативность психических функций определяет название болезни {*"шизофрения" от греч. "шизо, схизис" — расщепляю и "френ" — разум*). Именно "расщепление" (диссоциативность, разобщенность, противоречивость) психических функций обуславливает своеобразие психопатологии этого заболевания.

Схизис – это не симптом, а свойство, которым наделены все проявления болезни.

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)

Продуктивная симптоматика

Бред (наиболее характерен *бред воздействия*)

Псевдогаллюцинации, наиболее характерны вербальные галлюцинации (голоса).

Расстройства мышления (резонерство, паралолии и др.)

Расстройства ощущений и восприятия (сенестопатии и др.)

Кататонический синдром

Негативная симптоматика

Эмоциональная дефицитарность (плоский либо уплощенный аффект)

Алогия - бедность речи

Ангедония - неспособность получать удовольствие

Апатия

Абулия

Аутизм

Неряшливость, неопрятность

Сужение социальных контактов и интересов

Прогрессирующее слабоумие

ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ



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

ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Эуген Блейлер

Ввел термин «шизофрения» (1911)

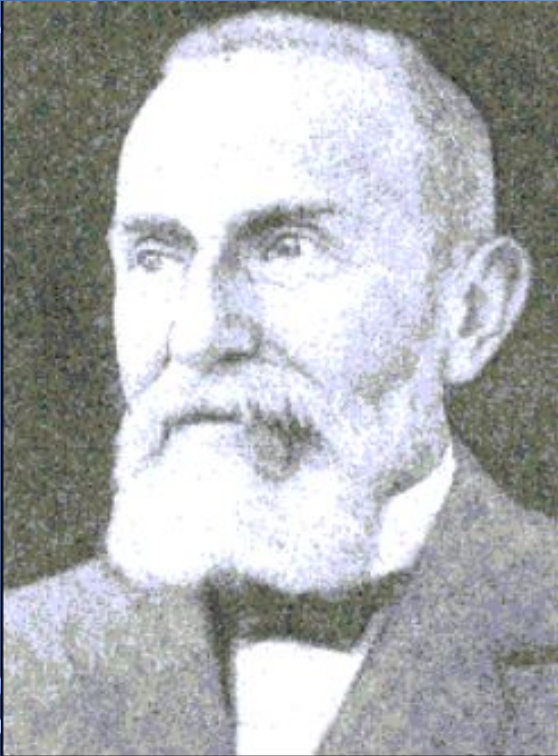
«основные симптомы»

Четыре «А»:

Аутизм

расстройства **А**ссоциативного синтеза

Эмоционально-волевые расстройства (**А**патия
и **А**мбивалентность)



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:

1) **Генетическая** - основана на высокой конкордантности заболевания у однояйцевых близнецов и сибсов (до 70%). Предполагается полигенный тип наследования, но в настоящее время специфических генов не выявлено.

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

3) Теория нарушения развития мозга (**дизонтогенетическая**).

4) Другие - психодинамическая, инфекционная, аутоиммунная.

5) **Модель "стресс-диатеза"**:

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

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

- Согласно серотониновой теории, развитие шизофрении обусловлено недостаточностью серотонинергической нейротрансмиссии.

□ атрофия префронтальной коры и др. морфологические изменения

Патогенетические механизмы:

□ нейротрансмиттерные нарушения (дофаминовая и серотониновая гипотезы)

- В соответствии с дофаминовой теорией, при шизофрении отмечается повышение активности дофаминовой системы мозга с увеличением выделения дофамина, усилением дофаминовой нейротрансмиссии и гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов.

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 [\(F 20.0\)](#)
- Кататоническая [\(F 20.2\)](#)
- Гебефреническая [\(F 20.1\)](#)
- Простая [\(F 20.6\)](#)

ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

- Самая частая форма
- Представлена **параноидным синдромом** (Кандинского-Клерамбо)
- Возможна трансформация синдрома: паранояльный → параноидный (Кандинского-Клерамбо) → парафренный

Параноидная шизофрения возникает чаще всего в возрасте 30—35 лет (иногда раньше) и протекает преимущественно с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами.

В развитии заболевания отмечается ряд четких этапов, характеризующих картину хронического бреда:

Паранойяльный синдром - этап бреда, характеризующийся фабулами преследования, ревности и пр. Галлюцинации отсутствуют.

Параноидный синдром — синдром Кандинского—Клерамбо: бред воздействия + псевдогаллюцинации + явления психического автоматизма.

Парафренный синдром – характеризуется фантастическим бредом, нелепыми идеями величия, конфабуляторный бред.

В зависимости от преобладания в картине болезни бредовых расстройств или галлюцинаций выделяют **бредовой** и **галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный)** варианты течения параноидной шизофрении.

КАТАТОНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Ведущий синдром – кататонический.

Варианты:

люцидная (лат. *lucidus* – ясный, светлый) кататония (при ясном сознании, без продуктивной симптоматики, имеет злокачественное течение)

онейроидная кататония (с помрачением сознания, полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением)

Кататонический синдром

Обездвиженность (ступор)

Стереотипность и автоматизированность движений, их нецеленаправленностью, хаотичностью, вычурностью.

Мутизм (молчание, отказ от разговора)

Утробная поза

Восковая гибкостью (больному можно придать любые позы, в которых он застывает)

Симптом «воздушной подушки» (у лежащего на кровати больного голова повисает в воздухе)

Симптом хоботка (вытянутые вперед губы)

Симптом «капюшона» (больной лежит, накрывшись с головой одеялом).

Эхосимптомы: *эхолалия* – стереотипное повторение услышанных фраз; *эхопраксия* – повторение увиденных у окружающих движений; *эхомимия* – непроизвольное повторение выражения лица собеседника.

Негативизм (активный и пассивный)

ГЕБЕФРЕНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Начинается в подростковом, юношеском возрасте (*Геба–богиня юности*)

Характерен гебефренный синдром (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, бессодержательно-веселое настроение, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).

Течение злокачественное – с быстрым формированием выраженного эмоционально-волевого дефекта

ПРОСТАЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ

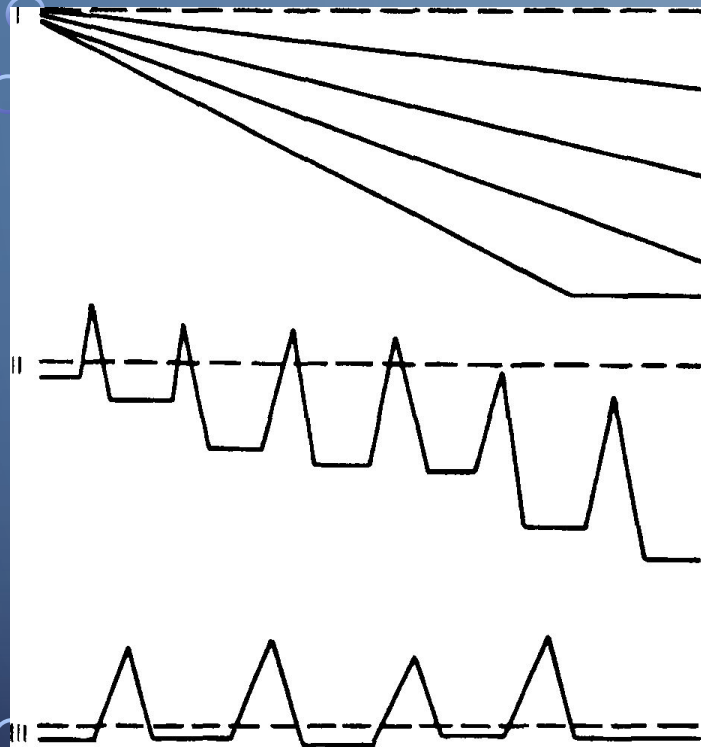
Продуктивные симптомы (бред, галлюцинации) отсутствуют.

Доминирует негативная симптоматика – апатико-абулический синдром.

Характерно непрерывно-прогредиентное, безремиссионное течение.

Негативные симптомы нарастают, быстро достигая степени шизофренического дефекта.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ



- Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) (*F20.x1*)
- Приступообразно-прогредиентный (*F20.x2*)
- Рекуррентный (периодический) (*F20.x3*)

НЕПРЕРЫВНО-ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ (НЕПРЕРЫВНЫЙ) ТИП ТЕЧЕНИЯ

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

Потенциал личности до болезни

**Вялотекущ
ая**

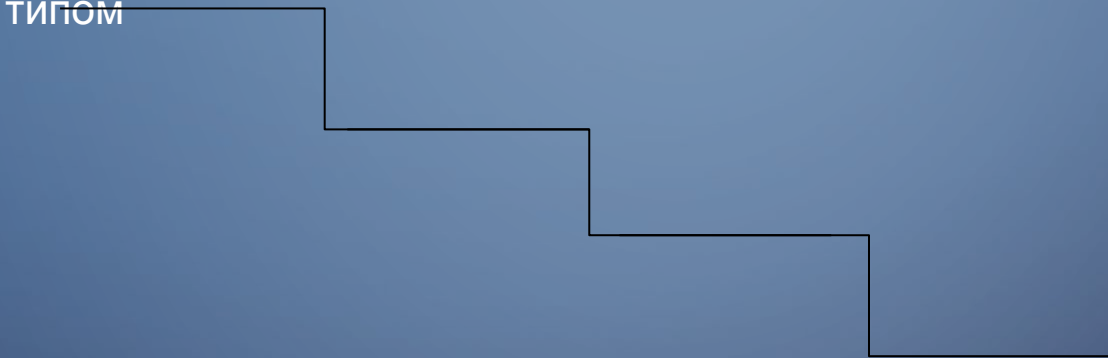
**Параноидн
ая**

**Гебефреничес
кая**



ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ ТИП (ШУБООБРАЗНЫЙ, НЕМ.SCHUB – ТОЛЧОК,СДВИГ)

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



РЕКУРРЕНТНЫЙ ТИП ТЕЧЕНИЯ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)

До 20% всех случаев шизофрении

Более благоприятный прогноз

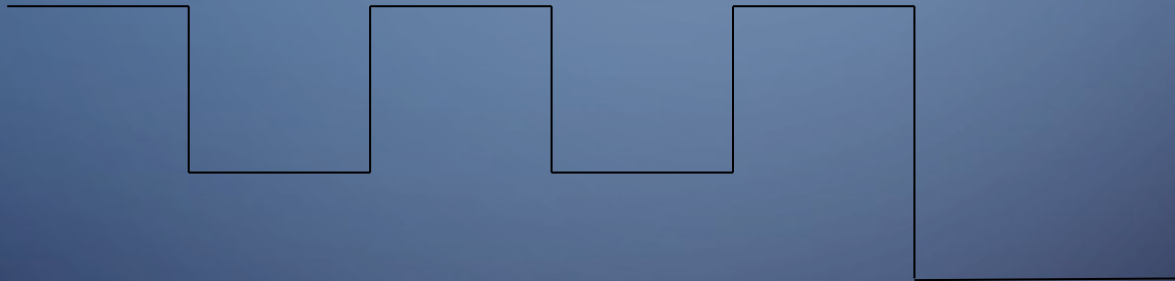
Ремиссии могут быть спонтанными

Клинически представлены тремя формами:

- онейроидная кататония

- депрессивно-параноидная

- циркулярная (с биполярным аффектом)



Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения довольно часто используется российскими психиатрами. Он предполагает медленное развитие болезни, лабильную выраженность как продуктивных, так и негативных симптомов. В 70-80-х годах этот термин стал предметом злоупотреблений и последующих дискуссий. В МКБ-10 мягкие невротоподобные и психопатоподобные варианты вялотекущей шизофрении отнесены к шизотипическим расстройствам (код F 21)

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения шизофрении включают:

- Психофармакотерапия
- Психосоциальное воздействие (поведенческая терапия, семейная психотерапия, групповая терапия)
- Социально-трудовая реабилитация

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Основная группа психофармакологических средств, применяемых для лечения больных шизофренией - **антипсихотические средства (нейролептики)**.

Антипсихотическое действие нейролептиков связывают с блокадой D2-дофаминовых рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга.

ДЕЙСТВИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ:

- ♦ глобальное антипсихотическое (инцизивное) действие — способность препарата равномерно редуцировать различные проявления психоза и препятствовать прогрессивности заболевания;
- ♦ первичное седативное (затормаживающее) действие, необходимое для быстрого купирования галлюцинаторно-бредового или маниакального возбуждения, сопровождаемое глобальным депримирующим действием на ЦНС, в том числе брадипсихизмом, нарушениями концентрации внимания, снижением вегилитета (уровня бодрствования) и гипнотическим действием;
- ♦ избирательное (селективное) антипсихотическое действие, связанное с преимущественным воздействием на отдельные симптомы-мишени, например на бред, галлюцинации, расторможенность влечений, нарушения мышления или поведения (обычно развивается вторично вслед за глобальным антипсихотическим эффектом);
- ♦ активирующее (растормаживающее, дезингибирующее и антиаутистическое) антипсихотическое действие, обнаруживаемое прежде всего у больных шизофренией с негативной (дефицитарной) симптоматикой;
- ♦ когнитотропное действие — способность улучшать высшие корковые функции (память, внимание, исполнительскую деятельность, коммуникативные и другие познавательные процессы);

Психосоциальное воздействие

Поведенческая терапия. Предусматривает обучение профессиональным навыкам с целью достижения удовлетворения собой, улучшения межличностных отношений.

Групповая терапия. Акцент делают на поддержании и развитии социальных навыков в повседневной деятельности.

Семейная психотерапия. Ставит целью, прежде всего, разъяснить родным больного проявления болезни, которые они могут принимать за чудачество, распущенность, упрямство, лень, и т.д. Надо убедить родных в необходимости длительного лечения, опасности перерывов, ведущих к рецидиву, разъяснить, какие требования они могут и должны предъявлять к больному, а какие для него непосильны вследствие болезненных переживаний и могут привести лишь к конфликтам и утяжелению состояния.

Социальная реабилитация

Реабилитация подразумевает комплекс мер по возможному сохранению, а при утрате – восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. Длительное пребывание в психиатрической больнице приводят к госпитализму – утрате способности жить самостоятельно, социальных навыков, неумению удовлетворять свои элементарные нужды, подавляет желание трудиться, может также нарушить семейные связи. Поэтому госпитализация должна быть минимальной по длительности. Как только позволяет состояние больного, необходимо использовать домашние отпуска, перевод в дневные стационары, активное наблюдение в диспансере.

Чтобы отвлечь больного от болезненных переживаний, используется лечение “занятостью”. По мере улучшения переходят к трудотерапии, включающей при надобности обучение новой профессии, стимулируется социальная активность.

Рекомендации во время ремиссий касаются также труда. Даже при неполной ремиссии и поддерживающей лекарственной терапии надо стремиться к тому, чтобы работающие продолжали труд, если им это посильно. В других случаях можно попытаться продолжать труд в облегченных условиях (на дому, в лечебных мастерских, работа с половинной нагрузкой). Трудовые ограничения должны распространяться на те сферы деятельности, где возможное внезапное ухудшение состояния больного грозит опасностью для него или для других.