



ШИЗОФРЕНИЯ

Подготовила презентацию: Грабельникова Екатерина Юрьевна 106
леч

- Шизофрения – это достаточно распространенное психическое заболевание. Оно проявляется нарушениями мышления, восприятия, эмоционально-волевыми расстройствами и неадекватным поведением. Термин «шизофрения» предложил швейцарский психопатолог Э.Блейлер. Буквально он означает «расщепление ума» (от древнегреческих слов «σχίζω» – расщепляю и «φρήν» – рассудок, ум).



Рисунки, выцарапанные на стене пациентом с диагнозом «деменция прекокс». Из архивов госпиталя святой Елизаветы. Начало XX века, Вашингтон

Исторические сведения о шизофрении

- Первые сведения о шизофреноподобных симптомах датируются 2000 годом до нашей эры. Периодически многие выдающиеся медики различных эпох также описывали подобные психотические расстройства. В своем труде «Медицинский Канон» Авиценна рассказал о тяжелом безумии, отчасти напоминающем шизофрению. Более детально патологию стали изучать только в конце XIX века. Немецкий психиатр Э.Крепелин (1856-1926) наблюдал за больными подросткового возраста, страдающими разными психозами. В процессе исследований он установил, что спустя некоторое время у всех пациентов развилось сходное состояние особого слабоумия. Оно было названо «ранним слабоумием». В начале XX века швейцарский психопатолог Э.Блейлер предложил ввести новое название болезни – «шизофрения». Он доказал, что патология возникает не только в юном возрасте, но и в зрелом. Характерной ее чертой является не слабоумие, а «нарушение единства» психики.



Почему развивается шизофрения?

- Причины возникновения точно не установлены. На риск развития шизофрении могут влиять:
- **Наследственная предрасположенность.** При наличии близких родственников, страдающих этим заболеванием, риск развития шизофрении увеличивается до 10%, то есть, примерно в 20 раз по сравнению со средним риском по популяции. Вместе с тем, 60% больных имеют неотягощенный семейный анамнез.
- **Перинатальные вредности.** К числу факторов, повышающих риск развития шизофрении, относят внутриутробные инфекции, осложненные роды и время рождения.
- **Социальные условия.** Отмечают устойчивую корреляцию распространенности шизофрении с рядом социальных факторов, в том числе – уровнем урбанизации (горожане болеют чаще сельских жителей), бедностью, неблагоприятными условиями жизни в детском возрасте и переездами семьи в связи с неблагоприятными социальными условиями.
- **Стиль воспитания.** Многие исследователи указывают на наличие ранних травмирующих переживаний, игнорирования жизненно важных потребностей, перенесенного в детстве сексуального или физического насилия. Большинство специалистов полагают, что риск возникновения шизофрении не зависит от стиля воспитания, при этом некоторые психиатры указывают на возможную связь болезни с грубыми нарушениями семейных отношений: пренебрежением, отвержением и отсутствием поддержки.
- **Вредные зависимости.** Шизофрения, алкоголизм, наркомания и токсикомания нередко тесно связаны между собой, однако отследить характер этих связей не всегда возможно.

- Евгений Блейлер следующим образом описывал изменения личности у больных шизофренией: «Вследствие потери чувства активности и неспособности управлять мыслями, шизофреническое Я часто лишается существенных составных частей. У больного, таким образом, имеется сознание, что его состояние изменилось; он стал другой личностью, или же он должен, по крайней мере, «на короткий момент найти своё собственное Я». Граница между Я и другими личностями и даже предметами и отвлеченными понятиями могут ступенчататься; больной может отождествлять себя не только с любым другим лицом, но и со стулом, с палкой. Его воспоминания расщепляются на две и больше частей; одни свои переживания он приписывает настоящему I. Huber, другие своей новой личности, которая родилась в Charenton и называется Мидхат-паша. Другие с определенного момента становятся новой личностью. Чувства, влечения и даже ассоциации, доминировавшие в одном состоянии, не допускаются в другое; взамен их включаются иные. Оба продукта расщепления личности могут уживаться рядом»



Внутреннее Я шизофреника

- «Меня здесь нет...»
- «Я смертельно устала, ощущаю пустоту внутри и вынуждена покупать галеты и жадно их поедать»
- Так что шизоид страшится не только «пожирания» и потери объекта любви, но также того, что этот человек сам поглотит его»

(Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость)

ПОЗИТИВНЫЕ И НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

- Симптомы шизофрении, как и любого другого психоза, делятся на позитивные и негативные
- К продуктивным относят бред и расстройства мышления, галлюцинации — проявления, обычно свидетельствующие о наличии избыточной деятельности психики — наличие «отражения без объекта». В свою очередь, негативные симптомы — утрата или отсутствие нормальных реакций: снижение яркости переживаемых эмоций и эмоциональных реакций — снижение аффекта, скудность речи (алогия), неспособность получать удовольствие — ангедония, потеря мотивации, желания и волевого побуждения — апатия и абулия. Недавние исследования, однако, говорят о том, что, несмотря на отсутствие внешнего проявления аффекта, больные шизофренией часто способны к эмоциональным переживаниям на нормальном или даже повышенном уровне, в особенности при стрессовых или негативных событиях. Часто в группе продуктивных симптомов выделяют третью группу симптомов, так называемый *синдром дезорганизации*, включающий в себя хаотическую речь, хаотическое мышление и поведение. Существуют и другие симптоматические классификации
- Выделяют также *вторичную* негативную симптоматику, которая, в отличие от *первичной*, обусловлена непосредственно продуктивными расстройствами (например, эмоциональная отстранённость вследствие наличия у пациента параноидного бреда), побочными действиями нейролептиков (например, брадикинезией и седацией) или депрессией.

Патогенез шизофрении

- Активно исследуются процессы, которые регулируют процессы передачи информации от одного нейрона другому (нейротрансмиттерной регуляции) в головном мозге у больных с этим заболеванием. Традиционные модели шизофрении берут за основу длительный повышенный или длительный пониженный уровень нейротрансмиттера дофамина.
- **Дофаминовая гипотеза** шизофрении была впервые предложена в 1960-х годах, когда обнаружили, что антипсихотический эффект хлорпромазина успешно лечит положительные симптомы у пациентов с шизофренией. Именно тогда началось исследование новых антипсихотических препаратов, механизм действия которых предполагал угнетение повышенной дофаминергической активности.

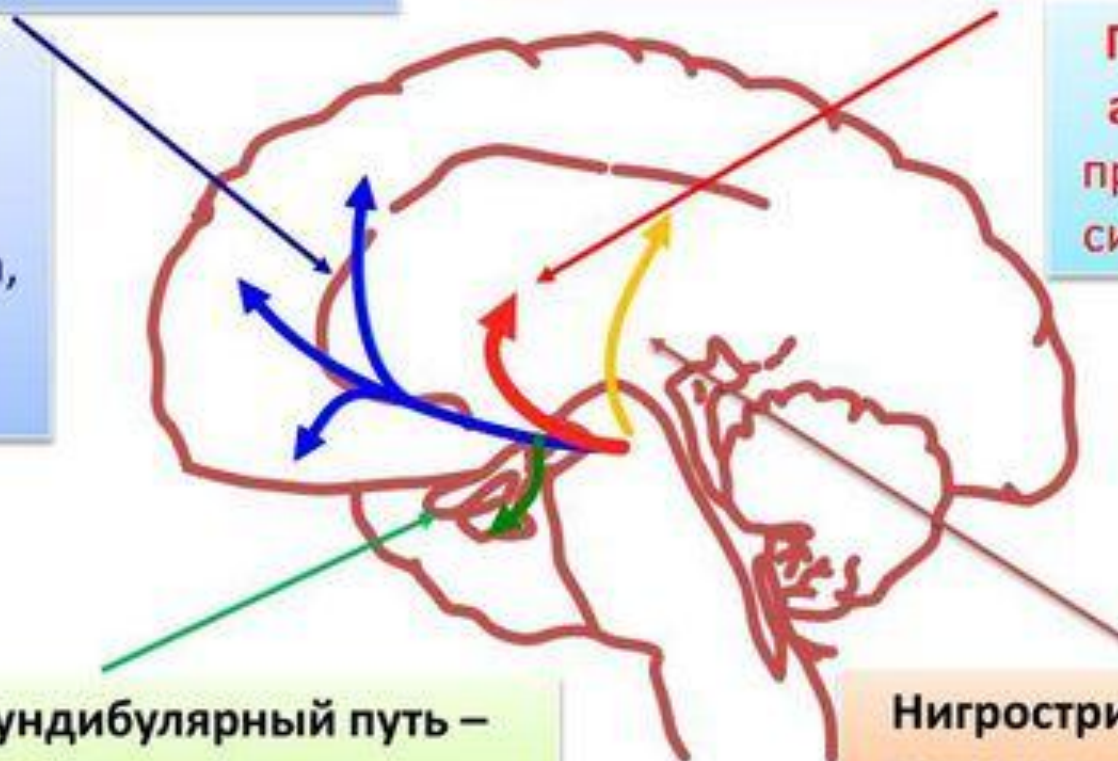
ДОФАМИНОВАЯ ГИПОТЕЗА ШИЗОФРЕНИИ

Мезокортикальный путь –
обучение и память

Снижение
активности:
негативная
симптоматика,
когнитивные
нарушения

Мезолимбический путь – эмоции

Повышение
активности:
продуктивная
симптоматика



Тубероинфундибулярный путь –
регуляция пролактина

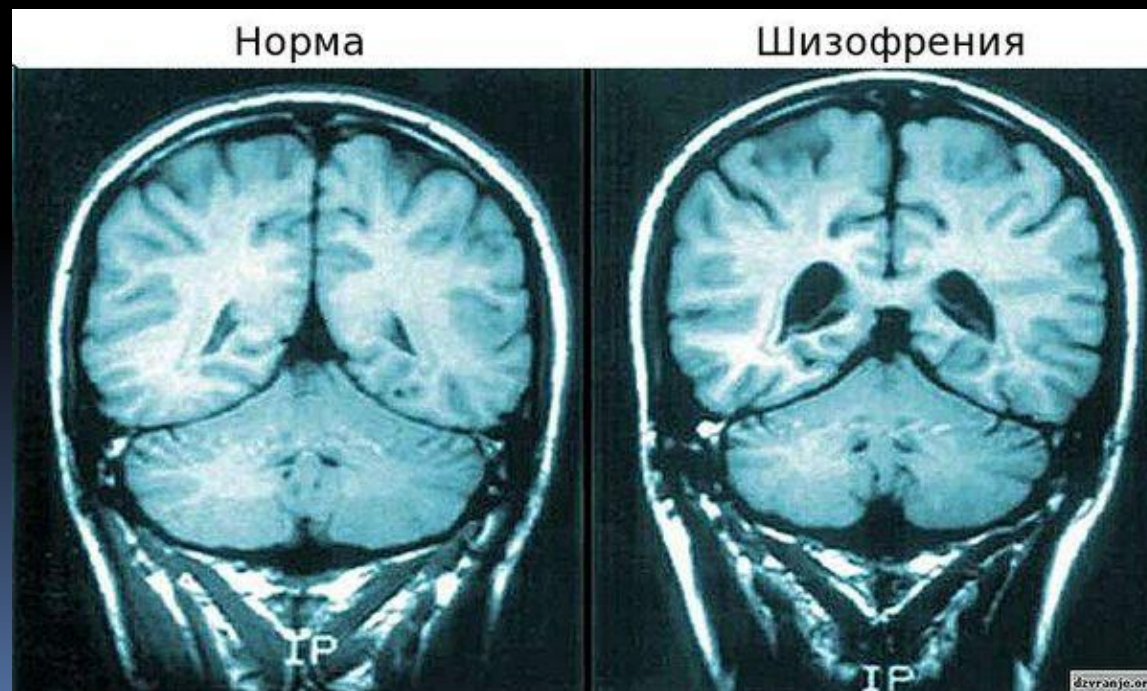
Нигростриарный путь -
двигательная регуляция

Фазы шизофрении

- В зависимости от типа течения шизофрении выделяют несколько фаз (стадий) заболевания:
- **Преморбидная стадия** — ещё до развития заболевания люди с риском шизофрении имеют типичные личностные черты (эти пациенты тихие, спокойные, интровертированные).
- **Продромальная стадия** — период неспецифических жалоб.
- **Манифестная стадия (стадия психоза)** — обострение заболевания с развитием острого психотического расстройства.
- **Межприступный период (остаточная стадия).** В результате лечения может быть достигнута полная или частичная ремиссия со стабильным/нарастающим дефектом или без него. При непрерывном течении заболевания возможно отсутствие ремиссии.
- **Рецидив (возвращение симптомов).**

Осложнения шизофрении

- Нарушения физиологических функций, в связи с чем возникают трудности с выполнением ежедневных бытовых нужд (приёма пищи, сна).
- Нарушения функций головного мозга, как следствие возникают головные боли, бессонница, агрессия и раздражительность.

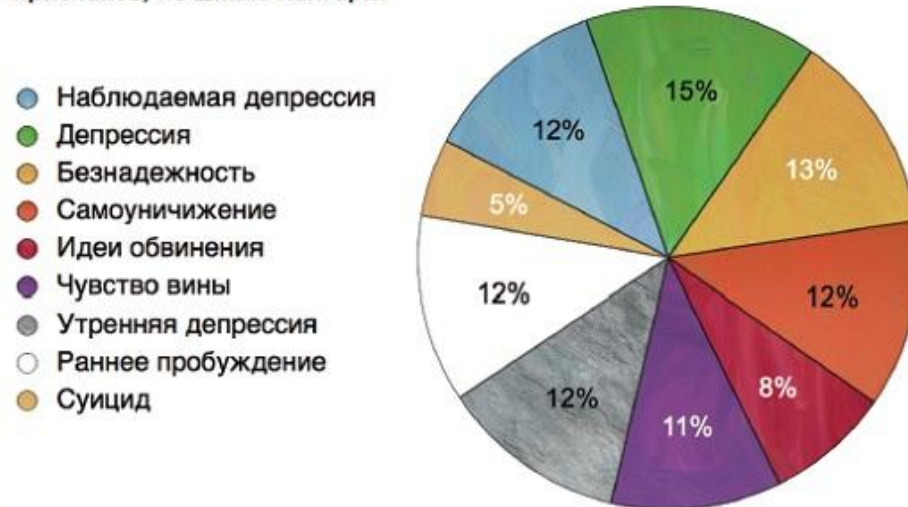


Диагностические тесты и шкалы

Врачи-психиатры применяют различные диагностические шкалы. Среди них:

- Шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANNS).
- Шкала краткой оценки негативных симптомов (BNNS).
- Шкала депрессии Калгари у пациентов с шизофренией.
- Шкала личностного и социального функционирования (PSP).

Рис. 1. Структура постшизофренической депрессии (удельный вес признаков) по шкале Калгари.



Факты

- Лидером среди стран по количеству людей, больных шизофренией, является США. Зафиксировано около 2.7 миллионов людей, страдающих от этого расстройства.
- Наибольший процент заболевших шизофренией принадлежит близнецам и составляет примерно 46%. То же самое касается детей, у родителей которых наблюдалось это расстройство. У около 75% людей с данным диагнозом болезнь развивалась в возрасте от 16 до 25 лет.
- Шизофренией чаще болеют мужчины, чем женщины.

