

Болезнь Блейлера



Выполнил студент 109 группы лечебного
факультета Тверского ГМУ Федоров Ярослав
Вячеславович

Введение

Шизофрения, или болезнь Блейлера, - это прогрессирующее эндогенное психическое заболевание, которое характеризуется диссоциацией или расщеплением (схизофренией) психических процессов и формированием специфического эмоционально-волевого дефекта.

Шизофренические расстройства, в целом, отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые псевдогаллюцинации, параноидный или фантастический бред, либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности.

История развития учения о шизофрении

Заболевание развивается в относительно молодом возрасте, характеризуется хроническим и прогрессирующим течением с исходом в состояние, напоминающее деменцию («Dementia praecox»), но не сопровождающееся какими-либо обнаруживаемыми органическими изменениями головного мозга.

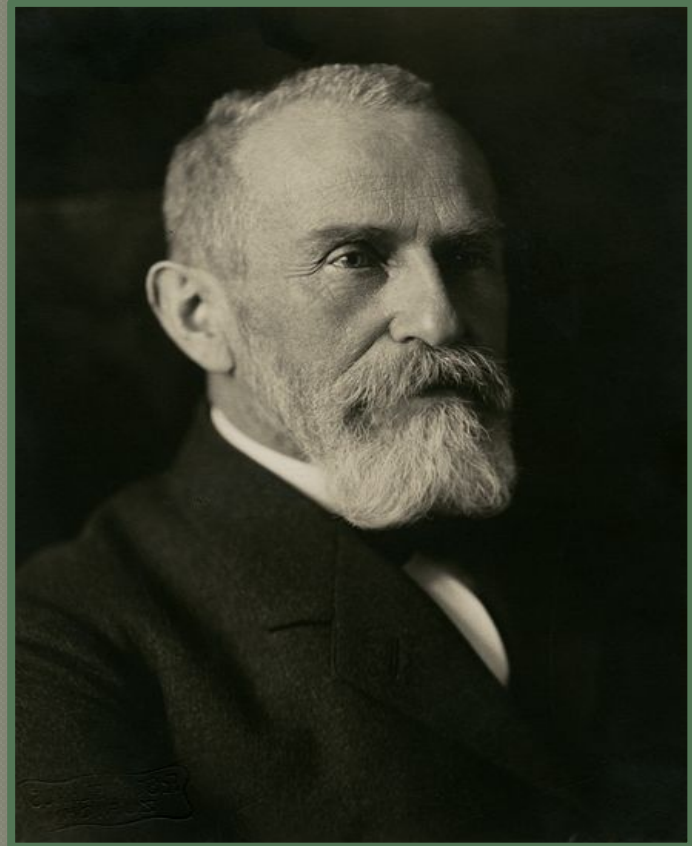
Немецкий психиатр Э. Крепелин является создателем учения о «Dementia praecox» - историческом прообразе шизофрении; близкой к современной концепции маниакально-



Эмиль Крепелин
(1856-1926)

История развития учения о шизофрении

В 1908 году швейцарский психиатр Эйген Блейлер описал шизофрению как самостоятельное заболевание, отличающееся от деменции и ввёл этот термин в психиатрию. Он доказал, что болезнь не обязательно возникает в молодые годы, а может развиваться и в зрелом возрасте. Её главная особенность — не слабоумие, а «нарушение единства» психики, её «схизис» (от греч. — «расщепление»), в том числе нарушение ассоциативного мышления.



Эйген Блейлер
(1857 – 1939)

История развития учения о шизофрении

Немец К. Шнайдер подчеркнул роль психотических симптомов, таких как галлюцинации и бред, отнес их к симптомам «первого ранга» для диагностики шизофрении.

Он сделал попытку определить шизофрению как патологическое изменение личности и мировоззрения, а не как нозологическую единицу. Также им был описан ряд характерных симптомов шизофрении.



**Курт Шнайдер
(1887 – 1967)**

Распространённость

0,2 % – 1% популяции, или 5 -7
больных на 1 000 населения.

Самые высокие показатели – до 10 - 11
человек на 1 000 населения

приходятся на возраст от 18 до 45 лет.

Частота заболеваемости мужчин и
женщин примерно одинакова, однако
болезнь у мужчин протекает тяжелее.

Провоцирующие факторы развития болезни

- Черепно-мозговые травмы
- Роды, в том числе физиологические
- Стресс
- Соматические и инфекционные заболевания
- Наркотизация, в особенности препаратами конопли
- Наличие в роду больных родственников

Ранние симптомы шизофрении

1. АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЕ: головные боли не снимающиеся анальгетиками, нарушение сна, повышенная утомляемость, раздражительность. Возникают спонтанно, отдых и смена обстановки не приносят облегчения и имеют тенденцию к расширению и углублению.

2. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ: деперсонализация, дереализация (неопределенное ощущение перемены в себе и окружающем).

3. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ: неясность, соскальзывания и наплывы мыслей, обрывы мыслей, резонерство (метафизическая или философическая интоксикация) .

4. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ: беспричинная тревога, предчувствие беды, катастрофы, немотивированные колебания настроения, аморфные страхи, эмоциональное похолодание .

5. РАССТРОЙСТВА ВОЛИ: редукция энергетического потенциала в форме снижения активности, работоспособности, бездеятельности («немотивированной лени»). Утрата прежних интересов, новые необычные увлечения, неадекватные поступки.

6. РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ: суицидальные мысли, суицидальные действия.

Характерные симптомы шизофрении

- 1. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ:** истинные вербальные, обонятельные галлюцинации, псевдогаллюцинации, психический автоматизм.
- 2. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ:** символический характер мышления, ментизм, разорванность, персекуторный и ипохондрический бред.
- 3. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ:** апатия, эмоциональная монотонность, амбивалентность.
- 4. РАССТРОЙСТВА ВОЛИ:** гипобулия, абулия, парабулия – кататонический синдром: кататонический ступор или возбуждение.
- 5. РАСТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ:** анорексия, булимия, самоистязание, самоуродование, симптоматические парафилии.

Основные симптомы шизофрении

Тетрада Блейлера:

- Разорванность мышления
- Эмоциональная тупость
- Аутизм
- Неадекватность поведения



Основные клинические формы

- Простая
- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая



Простая форма

Характеризуется нарастающими признаками эмоционально-волевого снижения.

Возможны отдельные галлюцинаторные, бредовые включения, но в целом они не определяют клинической картины.

Параноидная форма

Проявляется сочетанием бредовых идей (преследования, воздействия, овладения, ипохондрического содержания и пр.) и расстройств восприятия (истинных обонятельных, вербальных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, психического автоматизма).

Кататоническая форма

Определяется наличием кататонического ступора, кататонического возбуждения, либо чередованием того и другого на фоне ясного либо помраченного (онейроидного) расстройства сознания.

Гебефреническая форма

Характеризуется грубым поведенческим разладом с нелепой дурашливостью, кривлянием, гримасничаньем, неряшливостью, крайней жестокостью с садистическими наклонностями, расторможенностью влечений, неуместными и неадекватными шутками, игнорированием любых авторитетов и мнений. Клиническая картина может напоминать патологический пубертатный криз, так как все особенности, свойственные пубертату, носят утрированный, шаржированный характер.

Типы течения шизофрении

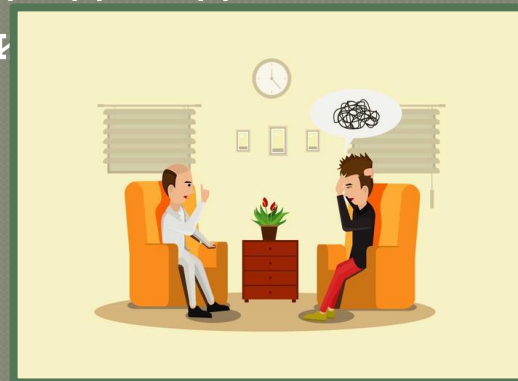
- Непрерывно-прогредиентное
- Периодическое (рекуррентное)
- Приступообразно-прогредиентное (шубообразное)
- Смешанное

Ремиссия – состояние неполного выздоровления, в клинической картине всегда остаются характерные изменения в эмоционально-волевой сфере.

Лечение заболевания

Сама по себе концепция излечения от шизофрении остается объектом споров, поскольку не выработано общепринятого определения этого понятия, хотя в последние годы были предложены рациональные критерии ремиссии, легко применимые в исследованиях и в клинической практике, которые могут стать консенсусными, и существуют стандартизованные методики оценки, из которых общепринятой является шкала PANSS (шкала оценки позитивных и негативных синдромов).

В настоящее время наиболее эффективное лечение шизофрении - комплексный подход: медикаментозное лечение и социальная реабилитация.



Медикаментозное лечение

Предрасположенность к шизофрении предположительно связана с низким уровнем ацетилирования определённых участков гистонов, а также с метилированием ДНК. Для коррекции этих нарушений могут применяться препараты на основе метилтрансфераз и деацетилаз гистонов. Даже если эта методика не позволит полностью излечить шизофрению, эпигенетическая терапия может заметно улучшить качество жизни.

Основным методом лечения шизофрении является использование антипсихотических препаратов (нейролептиков), которые могут привести к улучшению социального функционирования, действуя как на «негативные» и острые, так и на «продуктивные» симптомы психоза и препятствуя его дальнейшему развитию. При приёме большинства антипсихотиков максимальный терапевтический эффект достигается в течение 7—14 дней. В то же время антипсихотикам не удастся значительно ослабить негативные симптомы и когнитивную дисфункцию. Эффект антипсихотиков обусловлен в первую очередь именно подавлением дофаминовой активности, несмотря на их существенные побочные действия.

Психологическая и социальная терапия

Психотерапия также широко рекомендуется и используется при шизофрении, хотя возможности терапии порой ограничены фармакологией из-за проблем с финансированием или недостаточной подготовки персонала. Помимо лечения самой болезни, психотерапия направлена также на социальную и профессиональную реабилитацию пациентов. Только антипсихотические средства сами по себе не позволяют восстановить состояние пациента до преморбидного уровня функционирования в обществе, а психотерапия, семейная и индивидуальная, позволяя воздействовать на социальные факторы и на адаптацию пациента, может в значительной мере предопределять исход болезни.

Психологическая и социальная терапия

Когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) используют для смягчения симптомов и улучшения связанных с ними аспектов — самоуважения, социального функционирования и осознания своего состояния; снижения дистресса, испытываемого пациентами, страдающими психозом, и улучшения качества их жизни. КПТ при психозах ориентирована не столько на устранение психотических симптомов, сколько на то, чтобы помочь пациентам выработать такую систему психотических переживаний, которая позволила бы им избежать серьёзных страданий.

Другие методы лечения

Электросудорожная терапия (ЭСТ) не рассматривается при первоначальном выборе стратегии терапии, но может быть прописана при неудаче других методов. Она более эффективна при наличии симптомов кататонии, и правила NICE в Великобритании рекомендуют применение ЭСТ при кататонии, если у данного пациента она уже с успехом проводилась, однако других рекомендаций относительно ЭСТ при шизофрении нет.

Инсулинокоматозная терапия для лечения шизофрении применялась на Западе с момента её создания в 30-е годы XX века и до 50-х годов, когда было признано, что нет свидетельств её эффективности, при том, что она существенно опаснее ЭСТ.

Смертность

При анализе данных о более чем 168 000 граждан Швеции, получавших психиатрическое лечение, продолжительность жизни больных шизофренией оказалась на уровне около 80 % — 85 % от средних показателей. Женщины с диагнозом «шизофрения» жили немного дольше мужчин, а в целом болезнь была ассоциирована с большей продолжительностью жизни, нежели алкоголизм и наркомания, расстройства личности, инфаркты и инсульты.

При шизофрении наблюдается повышенный риск самоубийств (согласно данным советского времени, среди пациентов с диагнозом «шизофрения», состоявших на учёте в психоневрологическом диспансере, суицидальный риск был в 32 раза выше, чем в общей популяции; при маниакально-депрессивном психозе тот же показатель оказался равен 48, а при реактивной депрессии — 100); недавнее исследование говорит о том, что 30 % пациентов как минимум один раз в жизни предпринимали попытку покончить с собой. По другому исследованию, за 20-летний период болезни около 50 % лиц с шизофренией совершили попытки суицида, при этом 10 % из них оказались завершёнными. В ещё одном исследовании предполагается 10%-й уровень смертности от самоубийств при шизофрении. Дополнительно указываются такие факторы, как курение, плохая диета, недостаток физических упражнений и отрицательное воздействие психотропных средств

Заключение

К сожалению, вылечить шизофрению пока не получается. И таких болезней, которые с помощью лекарств можно только вывести в ремиссию, немало: например, сахарный диабет или гипертония — людям приходится всю жизнь принимать лекарства, но никто не считает их ущербными.

И, конечно же, сегодня научный мир ищет, разрабатывает, проверяет лекарства, которые смогут действовать максимально эффективно. Например, в России есть препарат фармацевтической компании «Гедеон Рихтер», который может помочь бороться с продуктивной и негативной симптоматикой и дать возможность жить в социуме гармоничнее.

Никаких способов предотвратить развитие этой болезни не существует. Врачи рекомендуют с повышенным вниманием относиться к людям, у которых были больные шизофренией близкие родственники. Необходимо поддерживать доверительную обстановку в семье и обращать внимание даже на небольшие изменения в поведении.

Благодаряю за внимание!

