Кафедра психиатрии и наркологии

СПбГМУ им. И.П.Павлова

http://www.spbmedu.ru/content/view/387/405/

Шизофрения и

понятия о шизоаффективном и шизотипическом расстройствах

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

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.

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

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 прогредиентное (с нарастающим дефектом личности)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

История шизофрении (1)

- **<u>Эмиль Крепелин</u>**

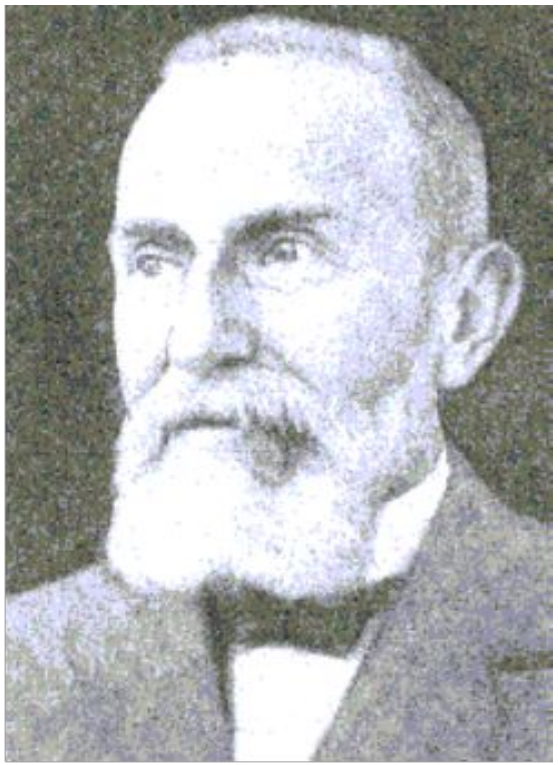
"раннее слабоумие" (Dementia praecox,1896)

- **Начало в пубертатном возрасте**
- **Прогредиентное течение**
- **Исход в слабоумие особого типа**

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

История шизофрении (2)

- **Эуген Блейлер**



«шизофрения» (1911)

- **«основные симптомы»**
  Четыре «А»:
- ***А***утизм
- расстройства ***А***ссоциативного синтеза
- Эмоционально-волевые расстройства (***А***патия и ***А***мбивалентность)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Эпидемиология шизофрении

- Распространенность - около 1% населения в любой стране мира
- Наибольшая заболеваемость в возрастном периоде 20-29 лет
- Мужчины : Женщины = 1 : 1

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Этиология шизофрении

Изучена недостаточно.

Гипотезы:

- **Генетическая** - основана на высокой конкордантности заболевания у однояйцевых близнецов и сибсов. Предполагается полигенный тип наследования, но в настоящее время специфических генов не выявлено.
- **Неблагоприятное воздействие среды** - основана на повышении уровня заболеваемости у социально неблагополучных, дискриминированных, мигрантов и пр.
- **Другие** - психодинамическая, инфекционная, аутоиммунная

Модель "стресс-диатеза":

- *предрасполагающий фактор (диатез)* - наследственность, дизонтогенетические и психосоциальные предикции
- *"пусковой"* - социальное неблагополучие, психогении, соматические заболевания, инфекции, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Риск развития шизофрении при наличии больных шизофренией среди родственников.

Linszen, 2005

Патогенез шизофрении

- Патогенетические механизмы:
  найротрансмиттерные нарушения (**дофаминовая** и **серотониновая** гипотезы)
  - атрофия префронтальной коры и др. морфологические изменения
- *2 типа шизофрении по Crow T. (1985)*

- **Позитивная -** преобладание продуктивной с-ки, относительно удовлетворительная адаптация; **гипер**дофаминергическая активность, нет структурных нарушений, хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов)
- **Негативная -** преобладание негативной с-ки, скрытое начало, хроническое или злокачественное течение; **гипо**дофаминергическая активность и атрофия серого вещества в префронтальной коре, эффективны атипичные антипсихотики (больше блокируют серотониновые, чем дофоминовые рецепторы)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

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 <u>клиническую форму</u> заболевания

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Клинические формы шизофрении

- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая
- Простая

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Параноидная шизофрения

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

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Кататоническая шизофрения

- Ведущий синдром – **кататонический**
- *Варианты:*
  1. люцидная (пустая) кататония (без продуктивной симптоматики, имеет злокачественное течение)
  2. онейроидная кататония (с полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте (*Геба–богиня юности*)
- Характерен гебефренный с-м (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).
- Течение злокачественное – с быстрым формированием выраженного эмоционально-волевого дефекта

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Простая форма шизофрении

- Позитивные симптомы отсутствуют
- Быстро нарастают первичные негативные симптомы, достигающие степени шизофренического дефекта
- Характерно непрерывно-прогредиентное течение

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

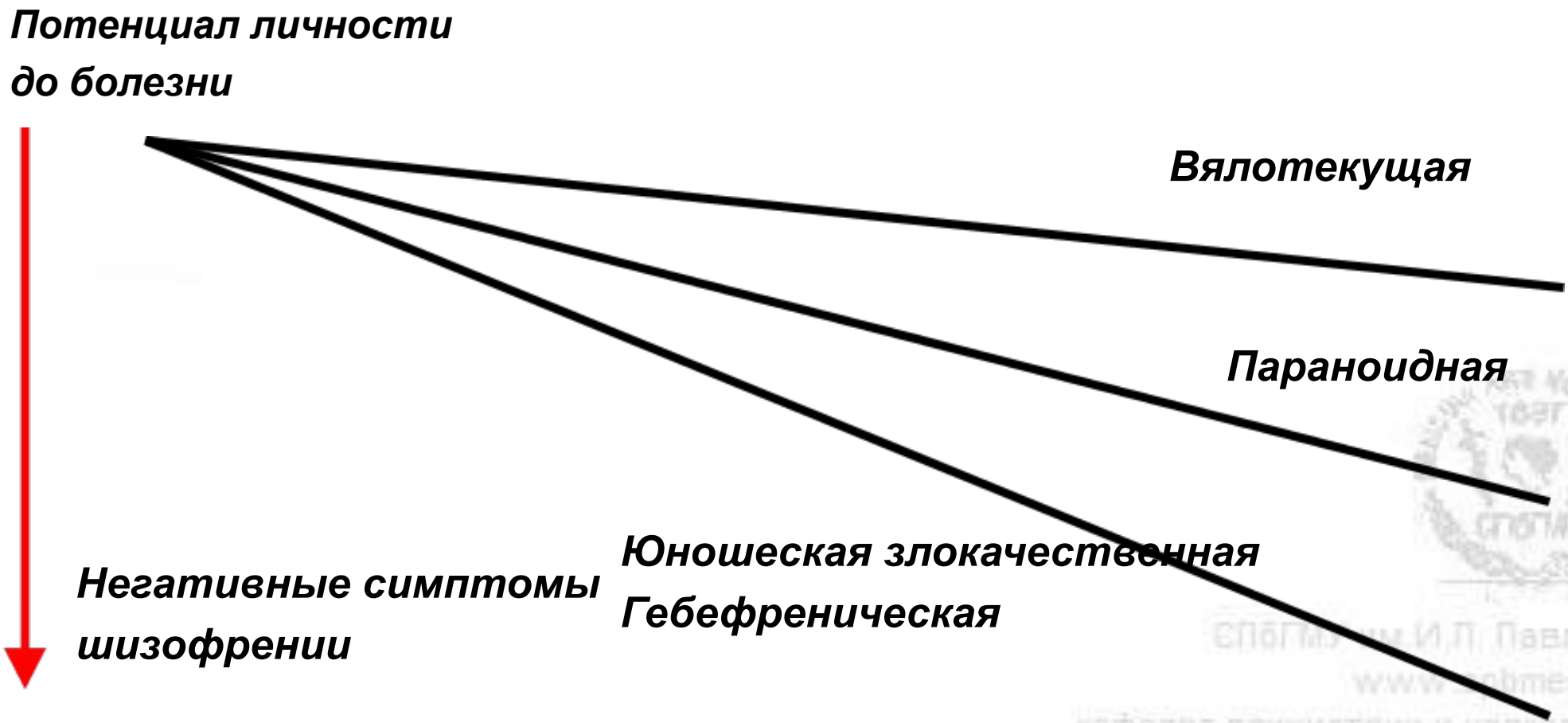
Типы течения шизофрении

1. Непрерывно-прогредиентный (непрерывный)
2. Приступообразно-прогредиентный
3. Рекуррентный (периодический)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) тип течения

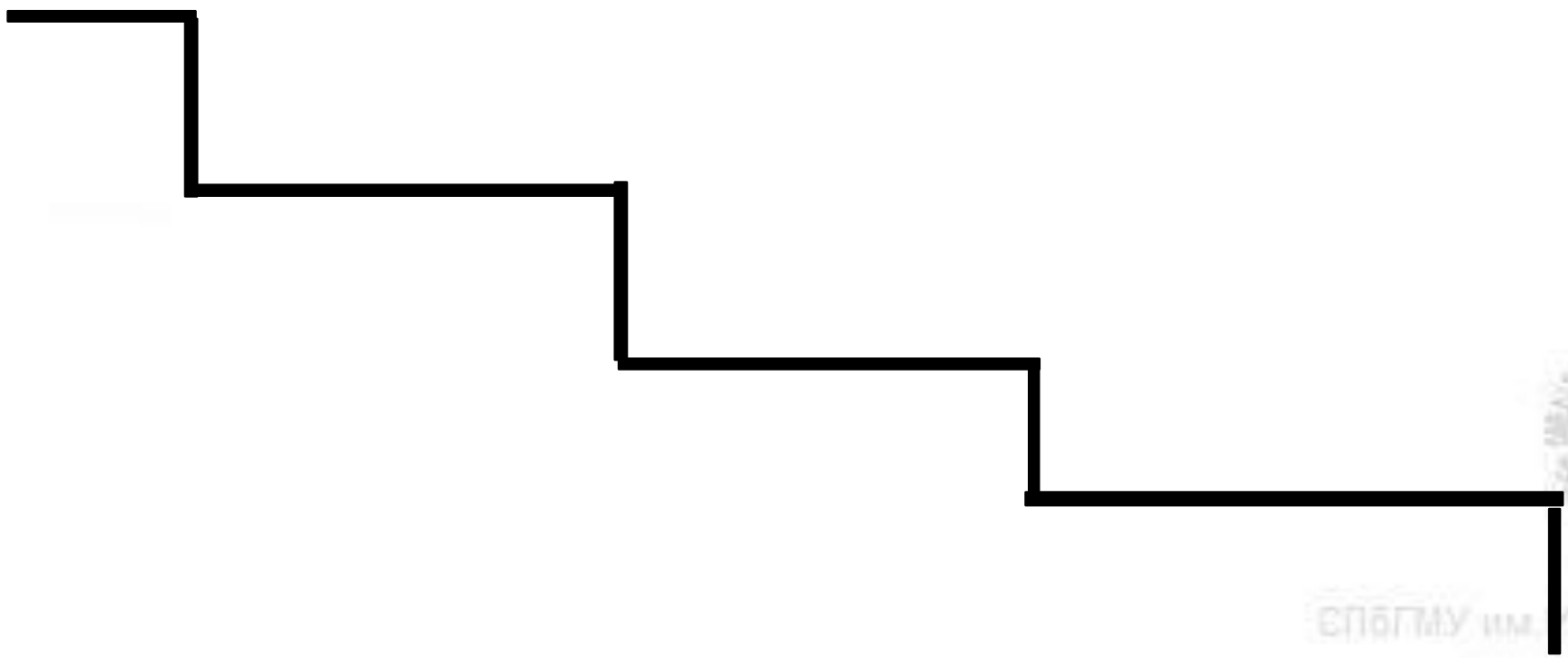
- Самый частый тип (>50%)
- Возможны терапевтические (лекарственные) ремиссии продуктивной с-ки



СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Приступообразно-прогредиентный тип

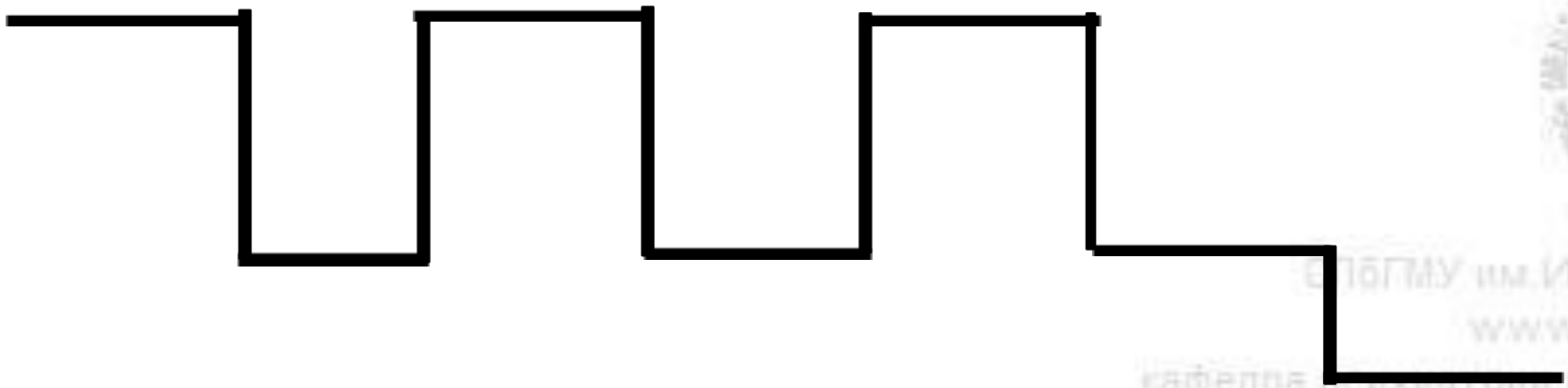
- Встречается в 25-30% случаев
- Промежуточное положение между непрерывным и приступообразным типом



СПбГМУ им. И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Рекуррентный тип течения

- До 20% всех случаев шизофрении
- Более благоприятный прогноз
- Ремиссии могут быть спонтанными
- Клинически представлены тремя формами:
  - онейроидная кататония
  - депрессивно-параноидная
  - циркулярная (с биполярным аффектом)



СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Понятие о шизоаффективном психозе

- переходная клиническая форма от классической шизофрении к маниакально-депрессивному психозу (МДП). Включает симптоматику как первого, так и второго заболевания (см. след слайд). Преобладают аффективные расстройства и характерен относительно благоприятный прогноз (продолжительные ремиссии хорошего качества после первых 2-3 приступов).

К шизоаффективному психозу относят 2 формы рекуррентной шизофрении:

- депрессивно-параноидную форму
- циркулярную форму

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Континуум эндогенных психозов

шизо- шизоаффективное

френия р-во **МДП**

- между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом существует множество переходных форм, для которых характерно одновременное существование признаков обоих заболеваний (шизоаффективное расстройство)
- т.к. в настоящее время диагноз эндгенных психозов устанавливается только клинически (нет специфичных признаков, выявляемых лабораторно или инструментально) - диагностика каждого из этих заболеваний основана на принятых на текущий момент клинических классификациях и может различаться в зависимости от использования той или иной классификации (МКБ10, DSM IV, отечественная)
- т.е. разграничение достаточно условно и иногда говорят о континууме эндогенных психозов или о "едином психозе"

СПбГМУ им. И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Шизофрения - общие диагностические указания по МКБ 10 –

A. Эхо мыслей, вкладывание мыслей, передача мыслей на расстоянии
B. Бред овладения, воздействия относящийся телу, мыслям, действиям или ощущениями
C. Галлюцинаторные голоса, комментирующие, обсуждающие поведение больного, другие типы «голосов», идущих из разных частей тела
D. Устойчивые бредовые идеи, совершенно невозможные по содержанию и не свойственные культуральной среде
E. Устойчивые галлюцинации различных сфер чувств
F. Разорванность мыслей или параллельные мысли, выраженные в инкогеренции, несвязной речи или неологизмах
G. Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор
H. «Негативные» симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками) выраженные: апатией, бедностью или неадекватностью эмоциональных реакций, социальной отгороженностью, социальной непродуктивностью
I. Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения, проявляющиеся: потерей интересов, бесцельностью, погруженностью в собственные переживания, аутизм

Для диагноза необходимо: 1 четкий (или 2 менее четких) симптома из симптомов A – D или 2 симптома из E – I. Длительность проявлений

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru

Фебрильная шизофрения

*- приступы онейроидной **кататонии** при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств* (Тиганов А.С. 1960).

- при значительном подъеме температуры (более 40) и развитии трофических нарушений представляет угрозу для жизни больных (!)
- требует дифференциальной диагностики с ЗНС (злокачественным нейролептическим синдромом - см. лекцию по психофармакологии)
- показано применение аминазина и/или ЭСТ

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Что такое «схизис»?

- «Расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого:
  - Мыслительные процессы – разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации
  - Эмоциональные процессы – эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность
  - Волевые процессы - утрата единого волевого стержня личности, направляющего деятельность человека, определяющего его поведение. Из-за абулии больные не способны использовать свои, сохранные в большинстве случаев, интеллектуальные способности (прежде называли «шизофреническое слабоумие», теперь «шизофренический дефект»)
  - Утрата границ своего «Я»: чувство, что собственные психические процессы навязаны, «сделаны» кем-то извне (психические автоматизмы при синдроме Кандинского-Клерамбо)
  - Аутизм – разрыв между внутренним миром больного и внешним
  - и т.д.
- В клинической картине могут преобладать расстройства различных сфер психической деятельности, что определяет многообразие

«Дефект» при шизофрении

- **Апато-абулический** – выраженный дефект эмоционально-волевой сферы (пассивен, бездеятелен, безынициативными, равнодушен к своему облику, здоровью, условиям жизни, неопрятен, не имеет общения, интересов, утрачивает социальный статус ит.д.)
- Кроме того, иногда выделяют:
  - Психопатоподобный дефект (похожий на проявления психопатии) – личностные изменения, в наибольшей степени страдает эмоциональная сфера и поведение: чудаковатость, неадекватность эмоций и пр.
  - Интеллектуальный дефект - неспособность к **продуктивной** интеллектуальной деятельности за рамками собственных аутистических интересов

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Прогноз при шизофрении

- Во многом зависит от типа течения заболевания
- Чем раньше дебют, тем хуже прогноз
- Прогноз лучше при наличии аффективной симптоматики в клинической картине
- Прогноз хуже при плохой адаптации в преморбиде
- Прогноз хуже при негативной шизофрении, чем при позитивной (по Crow T.)
- Прогноз хуже при отсутствии критики к заболеванию и плохом комплайенсе (готовности следовать предписаниям врача)
- При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая социальная адаптация больных

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Социально-психологические последствия шизофрении

- Наиболее инвалидизирующее из всех психических заболеваний и не поддается полному излечению
- Снижение качества жизни самих больных и их близких
- Социальный "дрейф" – снижение социального уровня жизни больных
- Реже вступают в брак и имеют детей
- Уменьшение продолжительности жизни в среднем на 10 лет
- 30% больных совершают суицидные попытки, 10% совершают законченный суицид
- Высокие затраты здравоохранения на лечение

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Шизотипическое расстройство

- диагноз МКБ 10.
В отечественной психиатрии ближе всего к **вялотекущей** (медленнотекущей) **шизофрении.**

Диагностика сложна.
Характрено медленое, длительное, чаще непрерывное течение

Выделяют 2 основных формы:
- **псевдо**невротическую
- **псевдо**психопатическую

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии

Формы шизотипического расстройства

1. **Псевдоневротическая** (симптоматика имитирует неврозы, но возникает без психогений, имеет тенденцию к прогредиентной динамике, изначально отмечаются отдельные негативные симптомы, характерные для шизофрении, резистентна к психотерапии)
2. **Псевдопсихопатическая** (имитирует личностные аномалии - психопатии, характеризуется преобладанием поведенческих расстройств, продуктивные и негативные симптомы шизофрении могут быть представлены рудиментарно с нарастанием по мере развития заболевания, малокурабельна)

СПбГМУ им.И.П. Павлова
www.spbmedu.ru
кафедра психиатрии и наркологии