

[Кафедра психиатрии и наркологии
СПбГМУ им. И.П.Павлова](http://www.spbmedu.ru/content/view/387/405/)

<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)

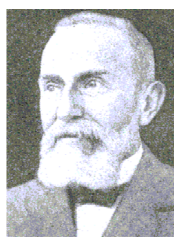


- **Эмиль Крепелин**
"раннее слабоумие" (Dementia praecox, 1896)
- Начало в пубертатном возрасте
- Прогрессирующее течение
- Исход в слабоумие особого типа



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

История шизофрении (2)



- **Эуген Блейлер**
«шизофрения» (1911)
• «основные симптомы»
- **Четыре «А»:**
 - Аутизм
 - расстройства Ассоциативного синтеза
 - Эмоционально-волевые расстройства (Апатия и Амбивалентность)



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.



Патогенез шизофрении

- **Патогенетические механизмы:**
 - нейротрансмиттерные 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; **гипердофаминергическая** активность, нет структурных нарушений, хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов)
- **Негативная** - преобладание негативной с-ки, скрытое начало, хроническое или злокачественное течение; **гиподофаминергическая** активность и атрофия серого вещества в префронтальной коре, эффективны атипичные антипсихотики (больше блокируют серотониновые, чем дофаминовые 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 клиническую форму 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

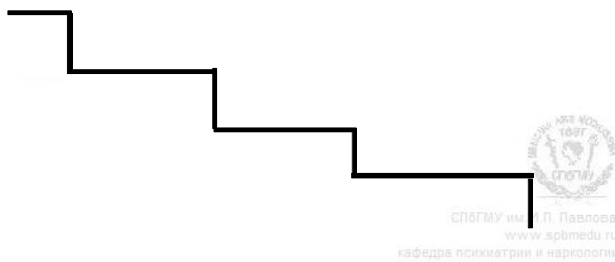
Потенциал личности до болезни



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

Приступообразно-прогредиентный тип

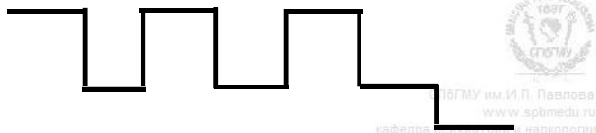
- Встречается в 25-30% случаев
- Промежуточное положение между непрерывным и приступообразным типом



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 эндогенных психозов устанавливается только клинически (нет специфических 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 –

- А. Эхо мыслей, вкладывание мыслей, передача мыслей на расстоянии
- В. Бред овладения, воздействия относящийся телу, мыслям, действиям или ощущениями
- С. Галлюцинаторные голоса, комментирующие, обсуждающие поведение больного, другие типы «голосов», идущих из разных частей тела
- Д. Устойчивые бредовые идеи, совершенно невозможные по содержанию и не свойственные культуральной среде
- Е. Устойчивые галлюцинации различных сфер чувств
- Ф. Разорванность мыслей или параллельные мысли, выраженные в инкогеренции, несвязной речи или неологизмах
- Г. Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор
- Н. «Негативные» симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками) выраженные: апатией, бедностью или неадекватностью эмоциональных реакций, социальной отгороженностью, социальной непродуктивностью
- І. 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 А – D или 2 симптома из Е – І. Длительность проявлений должна составлять не менее одного месяца



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»?

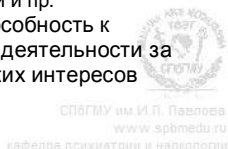
- «Расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого:
 - Мыслительные процессы – разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации
 - Эмоциональные процессы – эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность
 - 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 клинических проявлений шизофрении.



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

«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: чужаковатость, неадекватность эмоций и пр.
 - Интеллектуальный дефект - неспособность к **продуктивной** интеллектуальной деятельности за рамками собственных аутистических интересов



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 Т.)
- 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



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



Шизотипическое расстройство

- **диагноз МКБ 10.**

В отечественной психиатрии ближе всего к **вялотекущей** (медленнотекущей) **шизофрении**.

Диагностика сложна.

Характерно медленное, длительное, чаще непрерывное течение

Выделяют 2 основных формы:

- **псевдоневротическую**
- **псевдопсихопатическую**



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 прогрессивной 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
