

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

Тема: Параноидная шизофрения

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2019

Содержание

1. Введение-----	3
2. Распространенность -----	4
3. Общая клиническая характеристика -----	5
4. Типы течения параноидной шизофрении -----	14
5. Прогноз -----	16
6. Список литературы-----	17

Введение

Шизофрения – психическое заболевание мультифакторальной этиологии, склонное к хроническому течению, проявляющееся типичными изменениями личности больного и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, приводящими часто к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. При этом заболевании больные становятся замкнутыми, утрачивают социальные контакты, у них отмечается обеднение эмоциональных реакций. Вместе с этим наблюдаются различной степени выраженности расстройства ощущений, восприятия, мышления и двигательно-волевые.

Распространенность

Вопрос о распространенности шизофрении среди населения – это важный вопрос как в научном, так и в практическом отношении. Трудность ответа на него заключается в том, что пока не представляется возможным полностью выявлять этих больных среди населения. Это связано прежде всего с отсутствием надежных данных для понимания сущности шизофрении и диагностических критериев к ее определению. Имеющиеся статистические данные и результаты эпидемиологических исследований позволяют сделать вывод, что показатели ее распределения почти идентичны во всех странах и составляют 1– 2% от общего населения. Первоначальное предположение, что шизофрения реже встречается в развивающихся странах, не подтвердилось. Результаты исследований, специально проведенных в развивающихся странах, выявили сходное число больных шизофренией на 1000 населения с числом больных шизофренией в европейских странах. Отмечается лишь различие в представительности тех или иных видов клинического проявления заболевания. Так, среди больных, проживающих в развивающихся странах, чаще встречаются острые состояния со спутанностью сознания, кататонические и т. д. Шизофрения может начаться в любом возрасте. Однако наиболее типичный возрастной период для начала развития шизофрении составляет 20 – 25 лет. В то же время для отдельных начальных клинических проявлений шизофрении существуют свои оптимальные сроки. Так, шизофрения с параноидным проявлением начинается чаще в возрасте старше 30 лет, с неврозоподобной симптоматикой, расстройствами мышления – в подростковом и юношеском возрасте. У лиц мужского пола заболевание начинается раньше, чем у женщин. Кроме того, и в клинической картине заболевания имеются различия в зависимости от пола больных. У женщин заболевание протекает более остро, чаще и выраженнее представлена различная аффективная патология.

Общая клиническая характеристика

Шизофрения как отдельное заболевание впервые была выделена немецким психиатром Э. Крепелином. Он взял группы больных, которые ранее описывались с диагнозами гебефрении (Е. Геккер), кататонии (К. Кальбаум) и параноидов (В. Маньян), и, проследив их катamnестически, установил, что в отдаленном периоде у них наблюдалось своеобразное слабоумие. В связи с этим Э. Крепелин объединил эти три группы болезненных состояний и назвал их ранним слабоумием (*dementia praecox*). Выделив отдельное заболевание на основе исхода в слабоумие, Э. Крепелин в то же время допускал и возможность выздоровления. Такое известное противоречие и принципы классификации обращало на себя внимание и критически оценивалось. В последующем швейцарский психиатр Е. Блейлер (1911) предложил новый термин для названия этого заболевания – «шизофрения». Е. Блейлер считал, что для этого заболевания наиболее характерен не исход в своеобразное слабоумие, а особая диссоциация психических процессов личности, ее специфическое изменение в результате болезненного процесса. Им были выделены первичные и вторичные признаки заболевания. К первичным он относил утрату больным социальных контактов аутизм, обеднение эмоциональности, расщепление психики (особые нарушения мышления, диссоциациями между различными психическими проявлениями и т. д.). Все эти психические нарушения квалифицировались как изменение личности по шизофреническому типу. Этим изменениям отводилось решающее значение в диагностике шизофрении.

Другие психические расстройства, определенные Е. Блейлером как вторичные, дополнительные, проявляются сенестопатией, иллюзиями и галлюцинациями, бредовыми идеями, кататоническими расстройствами и т. д. Эти расстройства он не считал обязательными для шизофрении, так как они встречаются и при других заболеваниях, хотя отдельные из них могут быть более свойственны шизофрении. Были выделены и описаны отдельные формы шизофрении. К трем классическим формам: гебефренической, кататонической и параноидной – была добавлена четвертая форма – простая. В последующем были описаны и другие формы: ипохондрическая, периодическая и т. д. Формы выделялись на основе ведущего синдрома. Однако, как показали клинические наблюдения, психопатологическая симптоматика, типичная для той или иной формы шизофрении, не отличалась стабильностью. Заболевание, проявляющееся на первых этапах как простая форма, в последующем могло

обнаруживать психопатологические признаки, свойственные параноидной и другим формам.

Психопатологические проявления шизофрении отличаются большим многообразием. По своим особенностям они подразделяются на негативные и продуктивные. Негативные отражают выпадение или извращение функций, продуктивные – выявление особой психопатологической симптоматики: галлюцинаций, бреда, аффективного напряжения и т. д. Их соотношение и представленность в психическом состоянии больного зависят от прогрессивности и формы заболевания. Для шизофрении, как отмечалось, наиболее значимыми являются своеобразные расстройства, характеризующие изменения личности больного. Выраженность этих изменений отражает злокачественность болезненного процесса. Эти изменения касаются всех психических свойств личности. Однако наиболее типичными являются интеллектуальные и эмоциональные. Интеллектуальные расстройства проявляются в различных вариантах нарушения мышления: больные жалуются на неуправляемый поток мыслей, их закупорку, параллелизм и др. Им трудно постичь смысл прочитанного текста книг, учебников и т. д. Отмечается тенденция улавливать особый смысл в отдельных предложениях, словах, создавать новые слова (неологизмы). Мышление нередко бывает расплывчатым, в высказываниях происходит как бы соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Логическая непоследовательность в высказываниях у ряда больных с далеко зашедшими болезненными изменениями приобретает характер речевой разорванности (шизофазия).

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты: морально-этических свойств, чувства привязанности и сострадания к близким, а иногда это сопровождается неприязнью и злобностью. Снижается, а со временем и пропадает полностью интерес к любимому делу. Больные становятся неряшливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой. Существенным признаком заболевания является также и особенности поведения больных. Ранним признаком его могут быть возникновение замкнутости, отчужденности от близких, странности в поведении: необычные поступки, манера поведения, которые ранее были не свойственны личности и мотивы которых нельзя связывать с какими-нибудь обстоятельствами.

Типичны также для шизофрении и различные своеобразные сенестопатические проявления: неприятные ощущения в голове и других

частях тела. Сенестопатии имеют вычурный характер: больные жалуются на ощущение распираания одного полушария в голове, сухость желудка и т. д. Локализация сенестопатических проявлений не соответствует болезненным ощущениям, которые могут быть при соматических заболеваниях.

Расстройства восприятия проявляются преимущественно слуховыми галлюцинациями и часто различными псевдогаллюцинациями различных органов чувств: зрительными, слуховыми, обонятельными и т.д. Из бредовых переживаний возможно наблюдать также различные формы бреда: паранояльный, параноидный и парафренный, на ранних этапах – чаще паранояльный. Весьма характерен для шизофрении бред физического воздействия, который обычно сочетается с псевдогаллюцинациями и носит название синдрома Кандинского – Клерамбо – авторов, описавших его. Двигательно-волевые нарушения многообразны по своим проявлениям. Они обнаруживаются в виде расстройства произвольной деятельности и в форме патологии более сложных волевых актов. Одним из ярких видов нарушения произвольной деятельности является кататонический синдром. Кататонический синдром включает состояния кататонического ступора и возбуждения. Сам по себе кататонический ступор может быть двух видов: люцидный и онейроидный. При люцидном ступоре у больного сохранена элементарная ориентировка в окружающем и его оценка, в то время как при онейроидном сознание больного изменено. Больные с люцидным ступором после выхода из этого состояния помнят и рассказывают о событиях, происходивших в тот период вокруг них. Больные с онейроидными состояниями сообщают о фантастических видениях и переживаниях, во власти которых они находились в период ступорозного состояния. Ступорозные состояния, так же как и кататонические возбуждения, сложные психопатологические образования, включающие различные симптомы. Более сложные волевые акты, волевые процессы также претерпевают различные нарушения под влиянием болезни. Наиболее типичным является нарастание снижения волевой активности, завершающееся апатией и вялостью, причем выраженность волевых расстройств, как правило, коррелирует с прогрессивностью заболевания. Однако у отдельных больных может наблюдаться повышение активности, связанной с теми или иными болезненно обусловленными идеями и установками. Так, например, в связи с бредовыми идеями и установками больные способны преодолеть

исключительные трудности, проявлять инициативу и настойчивость, выполнять большую работу.

Содержание болезненных переживаний бредовых идей у больных может быть различным. Вместе с тем оно отражает дух времени, те или иные социально значимые явления. Со временем происходит видоизменение содержания психопатологических проявлений болезни. Если в прошлом в высказываниях больных часто фигурировали нечистая сила, религиозные мотивы, колдовство, то теперь новые достижения науки и техники.

Параноидная шизофрения (F20.0)

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, описанных в конце прошлого столетия V. Magnan (1891) и характеризующих картину хронического бреда. В стереотипе развития бредовых синдромов в типичных случаях наблюдаются этап бреда, не сопровождающегося галлюцинациями и явлениями психического автоматизма, — паранойяльный синдром, когда нет галлюцинаций, а бред носит интерпретативный характер - в виде неправильного толкования реальных фактов окружающей действительности;

этапы параноидного бреда — синдром Кандинского — Клерамбо: , при котором бред теряет систематизированность, часто утрачивает связь с окружающей реальностью и определяется переживанием галлюцинаций и психического автоматизма, идеи преследования, воздействия и другие постепенно становятся более нелепыми;

и фантастического бреда — парафренный синдром, , с сочетанием нелепо-фантастического бреда величия и бреда преследования, при наличии галлюцинаций и эйфорически приподнятого настроения. Стойкие изменения личности при этой форме менее тяжелы и наступают позже, чем при других формах.

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

Заболевание развивается исподволь, проявления инициального периода разнообразны: навязчивости, психопатоподобные расстройства, явления деперсонализации, сенестопохондрические картины. На их фоне возникают вначале нестойкие эпизодические, а в дальнейшем повторяющиеся бредовые идеи различного содержания. Инициальный период болезни с

перечисленными расстройствами и нерезко выраженными личностными изменениями позволяет характеризовать его как этап вялого течения, наличие которого не исключает в дальнейшем течения заболевания по законам и стереотипу классической параноидной шизофрении. Но у части больных уже в инициальном периоде болезни наблюдаются сужение круга интересов, ригидность, недоверчивость, блеклость эмоциональных реакций. Длительность этого периода различна — от 10 лет и более.

Манифестация болезни проявляется развитием интерпретативного бреда с большей или меньшей степенью систематизации бредовых идей.

При бредовом варианте параноидной шизофрении манифестный период болезни характеризуется формированием интерпретативного, высокосистематизированного (паранойяльного) бреда с различной фабулой (ревность, идеи отношения, изобретательства, реформаторства и др.). Не исключена возможность развития и политематического бреда (одновременное существование нескольких фабул бреда, как правило, связанных друг с другом). Развитие высокосистематизированных синдромов интерпретативного бреда происходит постепенно, через этапы сверхценных образований и затем сверхценного бреда.

Формирование интерпретативного бреда с высокой степенью систематизации сопровождается высокой активностью больных: ревнивцы делают все возможное для поисков и разоблачения своих мнимых соперников, больные с бредом реформаторства или изобретательства обращаются в различные инстанции с целью немедленной реализации их идей, пациенты с бредом преследования стремятся обнаружить своих недругов. В связи с тем что содержание бреда часто отражает реальные жизненные ситуации и конфликты, выявляется и расширяется круг сторонников больных, которые, естественно, не понимают болезненного характера переживаний пациента. В этот круг вовлекаются не только отдельные лица, но государственные учреждения и правоохранительные органы.

При расширении фабулы бреда появляются идеи переоценки своей личности и возможностей.

В отдельных случаях интерпретативный механизм бредообразования сохраняется на всем протяжении болезни. Он отличается тем, что следующая непосредственно за этим этапом болезни парафрения не сопровождается развитием психических автоматизмов.

Иногда психотические состояния, характеризующиеся высокой степенью систематизации бреда (паранойяльные синдромы), затягиваются на достаточно долгий период. Такие случаи описываются в литературе в виде самостоятельного варианта параноидной шизофрении — шизофрении паранойяльной. Состояние с паранойяльным бредом, достаточной стабилизацией картины и нерезко выраженными изменениями личности

имеет ряд особенностей, и в этих случаях требуется отграничение от паранойяльных состояний нешизофренического генеза.

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении состояния с интерпретативным бредом менее продолжительны, бред не достигает высокой степени систематизации. Он формируется относительно быстро по типу кристаллизации бреда или внезапного озарения, которое сопровождается субъективным ощущением облегчения и исчезновением внутреннего напряжения.

В инициальном периоде галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении могут наблюдаться неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

Развитию синдрома Кандинского—Клерамбо как в случаях бредового, так и галлюцинаторного вариантов параноидной шизофрении предшествует остро развивающееся состояние тревожно-боязливого возбуждения с вербальными галлюцинациями, впервые возникающими психическими автоматизмами, чувством надвигающейся опасности и страха. Формирование его происходит различно: в одних случаях вначале наряду с идеями преследования и воздействия развиваются идеаторные или другие виды автоматизмов с постепенным расширением их круга и образованием тотального синдрома овладения; в других случаях его развитие ограничивается бредовыми расстройствами и одним или двумя видами психических автоматизмов без тенденции к их дальнейшему расширению.

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении возникают вербальные иллюзии, отдельные вербальные галлюцинации типа окликов и бранных слов в адрес пациента с последующим развитием истинного вербального галлюциноза комментирующего содержания, далее голоса становятся «сделанными», начинают звучать в голове, т. е. трансформируются в псевдогаллюцинации. Нередко этот переход не сопровождается признаками обострения картины психоза, а иногда приходится наблюдать тревогу, страх, эпизоды острого чувственного бреда. Обилие псевдогаллюцинаций сочетается с отдельными психическими автоматизмами, однако они занимают второстепенное место в картине состояния, стержневым же расстройством является вербальный псевдогаллюциноз. Бредовые расстройства, возникающие в картине состояния, тесно связаны с содержанием галлюциноза (галлюцинаторный бред). Псевдогаллюциноз отличается высокой резистентностью к терапии.

Следующий этап развития параноидной шизофрении — парафрения. Некоторые исследователи указывают, что развитию парафрении предшествует состояние тревожно-боязливого возбуждения, аналогичное тому, которое наблюдается в момент трансформации паранойяльного состояния в галлюцинаторно-параноидное. Но эти наблюдения не подтверждаются клинической практикой. Формирование парафрении

происходит постепенно и первые признаки парафрении возникают в картине синдрома Кандинского—Клерамбо.

Началом трансформации синдрома, как правило, является изменение характера испытываемого больным воздействия — вредоносного на «доброжелательное». Это происходит на фоне несколько приподнятого настроения, когда больные начинают говорить о появлении у них необычных способностей узнавать мысли окружающих и влиять на их самочувствие. Возникает симптом «разматывания воспоминаний», сопровождающийся псевдогаллюцинаторными воспоминаниями (по К. Kahlbaum «галлюцинации памяти»): больного «заставляют» вспомнить события прошлого, их детали, которые в действительности отсутствовали; они всплывают в памяти пациента с ощущением, что забвение прошло и он вновь вспомнил подробности событий прошлых лет. Затем возникают типичные для парафрении идеи величия фантастического, абсурдного содержания: больные утверждают, что являются особыми личностями, на них возложены особые миссии, что они влияют на судьбы людей и вселенной; пациенты полагают, что в мире идет борьба между сторонниками больного и его противниками. Однако в отличие от острых парафренных состояний больной не видит признаков этой борьбы в окружающей его обстановке. При псевдогаллюцинаторном варианте параноидной шизофрении парафренное состояние приобретает картину псевдогаллюцинаторной парафрении с развитием бреда, идентичного по содержанию псевдогаллюцинациям. Не исключена возможность развития конфабуляторных расстройств фантастического содержания (конфабуляторная парафрения).

Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется «шизофазией». Первый ее признак — симптом монолога, проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда в ответах (например, о самочувствии) содержится информация, не имеющая никакого отношения к содержанию вопроса. В дальнейшем может развиваться собственно феномен шизофазии — грамматически правильная речь, лишенная какого бы то ни было смысла и содержания. Характерно появление при этом в речи неологизмов. Нередко в такой речи больных все же удается уловить отдельные фрагменты парафренного бреда. Поведение больных с шизофазией внешне правильное. Больные могут выполнять даже несложные работы.

Иногда у больных на парафренном этапе болезни могут возникать непродолжительные состояния возбуждения, которые объясняются оживлением «потухшего» парафренного бреда.

Типы течения шизофрении.

1. Непрерывно-текущая шизофрения (F20.004)
2. Приступообразно-прогредиентная шизофрения (F20.014)

Шизофрения с непрерывным течением

В рамках непрерывного течения заболевания выявились также отдельные формы шизофрении, определяемые степенью злокачественности процесса: злокачественная (ядерная), среднепрогредиентная (параноидная), вялотекущая, или малопрогредиентная (неврозоподобная и психопатоподобная). Каждой из указанных форм шизофрении свойственны те или иные психопатологические проявления.

Злокачественная (ядерная) шизофрения. Возникает в юношеском возрасте, характеризуется крайне злокачественным течением. От появления первых отчетливых признаков болезни до ее окончательного развития проходит 2 – 3 года. Особенностью данного варианта течения шизофрении является то, что первоначально у больных появляются в основном негативные расстройства и лишь потом присоединяются позитивные. Позитивные изменения отличаются выраженным полиморфизмом психопатологических синдромов. К факторам, ухудшающим прогноз ядерной шизофрении, относится и ее крайняя резистентность к терапии. Начало заболевания часто напоминает тяжелый, извращенный пубертатный криз и обычно протекает в виде двух вариантов – падения энергетического потенциала и возникновения эмоциональной дефицитарности. Падение энергетического потенциала проявляется первоначально в ухудшении успеваемости, резком снижении продуктивности в занятиях, при сохранении, а иногда даже и увеличении времени, затрачиваемого на приготовление домашнего задания. В дальнейшем такие больные дублируют классы, даже бросают школу из-за невозможности продолжения обучения. Падение энергетического потенциала нередко сопровождается явлением так называемой метафизической интоксикации: больные принимают за изучение глобальных философских, научных проблем (смысл бытия, происхождение жизни и т. д.), затрачивают массу времени на изучение научной литературы по этим вопросам, но практических результатов эта деятельность никогда не приносит как из-за отсутствия у больных специальной подготовки, так и из-за резкого снижения продуктивности любой творческой деятельности. Развитие эмоциональной дефицитарности

проявляется прежде всего в ухудшении отношения к родителям, в появлении эмоциональной холодности, часто со склонностью к раздражительности, агрессивности. В дальнейшем у больных наступает и полное безразличие к своей собственной личности: они перестают следить за собой, не моются, ничего не делают и т. д.

Описанные выше изменения могут перейти в конечное состояние – апатико-абулическое, при котором другие психотические расстройства могут быть представлены в редуцированном виде. Преобладание в клинической картине заболевания падения интеллектуальной активности, эмоционального обеднения, энергетического готенциала, т. е. превалирование негативных расстройств, типично для простого варианта ядерной шизофрении.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения.

Эта форма характеризуется повторяющимися приступами на фоне непрерывно протекающего процесса, проявляющегося в продуктивной и нарастающей негативной симптоматике. Приступы при этой форме шизофрении разнообразны, отличаются крайним полиморфизмом и неодинаковой продолжительностью (от «транзиторных», длящихся минуты, до растянувшихся на многие годы). Однако они протекают менее остро, чем приступы рекуррентной шизофрении, в их структуре больший удельный вес имеют параноидные и галлюцинаторные проявления. Иногда продуктивная симптоматика при приступообразной прогредиентной шизофрении отмечается не только в приступах, но и в межприступный период, выявляются нарастающие дефицитарные изменения личности, остаточная (резидуальная) симптоматика приступа. Несмотря на свою неоднородность, приступы при приступообразно-прогредиентной шизофрении имеют общие особенности. Так, для них достаточно характерна диссоциация между массивностью картины психоза и более или менее правильным поведением больного. Структура приступов при этой форме шизофрении отличается полиморфностью. Например, в маниакальном приступе у пациента нередко «вкрапливается» депрессия в виде идей самообвинения, слезливости и т. д. Характерно неполное критическое отношение к перенесенному состоянию, даже в тех случаях, когда приступ отличался выраженной и массивной психотической симптоматикой, а иногда оно вообще отсутствует.

Возраст начала приступообразно-прогредиентной шизофрении также различен. Она может начаться в детстве, зрелом и позднем возрасте. В зависимости от того, в каком возрастном периоде заболевание начинается, в клинической картине отчетливо проявляются возрастные особенности. Например, наличие у больного инфантилизма позволяет с большой долей уверенности говорить о начале болезни в детские годы. Прогноз при приступообразно-прогредиентной шизофрении разнообразен и зависит в первую очередь от возраста начала заболевания, остроты протекания процесса и степени изменений личности.

Продолжительность течения параноидной шизофрении не укладывается в определенные сроки, так как отдельные этапы развития болезни, в первую очередь инициальный, могут затягиваться. Однако псевдогаллюцинаторный вариант более быстротечен; на продолжительность заболевания в этих случаях влияет и терапевтическая резистентность многих больных, что осложняет не только купирование, но и стабилизацию болезненного процесса на отдаленных этапах. Таким образом, параноидная шизофрения по клиническим проявлениям, течению и исходу обладает большим разнообразием, о чём свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов. В свою очередь, это разнообразие указывает на многофакторность этиологии и патогенеза параноидной шизофрении.

Прогноз

Половой признак. Мужской пол – неблагоприятный, женский – благоприятный (потому как на генетическом уровне заложено, что предназначение женщины – сохранение популяции, а мужчины по сути своей – исследователи, поэтому и подвержены большим мутациям.)

Плохим прогнозом является наличие сопутствующей патологии.

Неблагоприятный прогноз – наследственная отягощенность по шизофрении, а так же шизоидная акцентуация.

Так же прогноз зависит от качества первых ремиссий.

Большинство людей с шизофренией вполне способны работать наравне со здоровыми людьми. Однако трудоустройство – это вторая крупная проблема таких пациентов. По статистике США, трудоустроены не более 15% людей с шизофренией, эта цифра еще ниже в Великобритании- всего лишь 8%. Работодатели убеждены, что если у человека есть проблемы с психическим здоровьем, то он не сможет удержаться на должности – его следует уволить. Эти представления неверны и их следует искоренять. Трудоустройство и работа крайне важна и в реабилитации таких пациентов, в возвращении к нормальной жизни после обострений.

Список литературы:

1. Расстройства шизофренического спектра: Л.М. Барденштейн, И.В. Щербакова, Г.А.Алёшкина – М. ИНФРА-М,2018- 112с
2. Шизофренические личности / Х. Шафтеттер. – М. ФОРУМ,2011. -304с.
3. Психиатрия. Н.Г.Незнанов – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010.- 496с.