

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Шизофрения

Выполнила: ординатор 2 года обучения
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

Оглавление

1. Введение.....	3
2. История шизофрении.....	3
3. Формы шизофрении.....	4
4. Диагностика.....	6
5. Особенности изменения поведения при дебюте шизофрении.....	7
6. Лечение.....	8
7. Заключение.....	9
8. Список литературы.....	10

1. Введение

Шизофрения (от греч. *schizo* – расщепление, *phren* – душа) психическое расстройство неясного происхождения (этиологии), в развитии которого, вероятно, имеются общие внутренне обусловленные (эндогенные) патогенетические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющейся до определенного периода жизни. Без лечения характерно непрерывно прогрессирующее или приступообразное течение, обычно завершающееся однотипной картиной изменения личности (дефекта) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций, психомоторики – всего поведения в целом) при сохранности памяти и приобретенных ранее знаний.

Данная тема имеет постоянную актуальность, в связи с тем, что во всем мире шизофрения является одной из основных причин, приводящих к инвалидности. Распространенность шизофрении – 1% населения. Возрастной максимум заболеваемости составляет для мужчин 15–25 лет, для женщин – 25–35 лет. Больше число больных шизофренией среди низких социально-экономических слоев. Существует также корреляция с плотностью населения (в городах с населением больше миллиона жителей вероятность заболевания больше). Также есть данные о том, что после выздоровления больной, живущий в сельской местности, проживет дольше, чем выздоровевший больной в городе, и с меньшей вероятностью рецидивов.

По ряду признаков, связанных с течением заболевания, можно дать более или менее позитивный прогноз о дальнейших перспективах развития у конкретного больного. О негативном прогнозе свидетельствуют раннее начало, неострый дебют заболевания, аутизм больного, отсутствие непосредственных стрессоров, негативные симптомы, низкая социальная адаптация. О позитивном прогнозе свидетельствуют наличие депрессии или мании, позднее начало, острый дебют, наличие непосредственных стрессоров, позитивные симптомы, наличие близких социальных связей.

2. История шизофрении

Данное психическое расстройство в качестве единого заболевания было выделено в конце XIX века известным немецким психиатром Эмилем Крепелином (E. Kraepelin) под названием «раннее слабоумие» (лат. *dementia praecox*), то есть развивающееся еще в юности или молодые годы. До этого разные формы шизофрении считались самостоятельными психическими болезнями. Крепелин обнаружил что существовавшие или выделявшиеся до того времени различные психические расстройства или заболевания, например такие как кататония, паранойя, гебефрения и некоторые другие (но основными являются эти три) имеют нечто общее. А именно, они объединены определенной негативной симптоматикой. То есть, Крепелин, несмотря на различные признаки заболеваний, объединил их в одну группы, или нозологическую единицу, основываясь на том, что продукция (продуктивная симптоматика) у них может быть различной, но, тем не менее, негативные симптомы у них одинаковые.

А в 1908 швейцарский психиатр Эуген Блэйлер (E. Bleuler) предложил заменить термин *dementia praecox* на шизофрению. Он доказал, что болезнь не обязательно возникает в молодые годы, а может развиться и в зрелом возрасте. Её главная особенность — не слабоумие, а «нарушение единства» психики, её «схизис» (от др.-греч. *σχίσσις* — «расщепление»), в том числе нарушение ассоциативного мышления. Старое название было отброшено также по причине того, что шизофрения не обязательно приводит к деградации личности, а деградация в то же время не является слабоумием или деменцией.

В качестве диагностических критериев сам Блейер выделял «четыре А»: снижение Аффекта, Аутизм, нарушение Ассоциаций и Амбивалентность.

Основным признаком шизофрении он считал при этом именно амбивалентность и рассматривал три её типа:

- *Эмоциональную*: одновременно позитивное и негативное чувство к человеку, предмету, событию (например, в отношении детей к родителям).
- *Волевою*: бесконечные колебания между противоположными решениями, невозможность выбрать между ними, зачастую приводящая к отказу от принятия решения вообще.
- *Интеллектуальную*: чередование или одновременное существование противоречащих друг другу, взаимоисключающих идей в рассуждениях человека.

Вскоре концепция шизофрении была официально признана всеми психиатрами. Оставалось выяснить, по каким признакам нужно ставить диагноз, почему болезнь возникает и как её лечить. Этим учёные занимаются и по сей день. Причины и механизмы развития шизофрении, прежде совершенно неизвестные, в последнее время начинают раскрываться благодаря достижениям нейробиологии, но всё же остаются неясными и запутанными. Важными патогенными факторами, по предположительным данным, полученным в исследованиях, являются генетическая предрасположенность, условия жизни в раннем детстве, нейробиологические нарушения, психологические и социальные взаимодействия. В настоящее время активно изучаются нейробиологические механизмы заболевания, однако единой органической причины пока не установлено.

3. Формы шизофрении

В настоящее время в МКБ-10 выделяется 10 типов шизофрении, один из которых представлен постшизофренической депрессией, нозологический статус которой не до конца ясен.

Основными типами считаются четыре нижепредставленных.

Параноидная шизофрения.

К одной из наиболее распространенных в клинической практике форм шизофрении относится параноидная (F20.0). Её характерными признаками являются бред параноидного характера (например, ревности, преследования, особого предназначения, высокого происхождения, телесных изменений), голоса приказывающего или угрожающего характера, зрительные галлюцинации, обманы восприятия — необычные телесные ощущения различного рода, не имеющие под собой реальной, соматической причины.

Типы течения шизофрении данного вида могут быть:

- эпизодическим (F20.01х);
- хроническим (F20.00х).

В клинической картине, прежде всего, отмечаются бред и/или галлюцинации. Бредовые картины, как правило, связаны с идеями преследования или воздействия. Волевой, эмоциональный, речевой дефекты, а также кататоническая симптоматика могут быть выражены очень слабо.

Кататоническая шизофрения

Кататонический вид шизофрении (F20.2) отличается от других наличием гиперкинезов, дискинезий. Непроизвольные мышечные движения могут варьироваться от психомоторных расстройств до ступора. Обычно во время кататонического ступора переживаются яркие галлюцинации фантастического характера (онейроидный синдром),

практически полностью поглощающие сознание человека — на контакт такие люди практически не выходят. В редких случаях ответ можно получить лишь обратившись к такому человеку шепотом (симптом Павлова).

Негативизм может быть представлен различными состояниями. В некоторых случаях у пациентов наблюдается восковая гибкость, автоматическое подчинение; в иных — активное сопротивление или действия противоположные прямым просьбам, агрессивные действия.

К злокачественному течению кататонического эндогенного психоза относятся следующие типы течения шизофрении:

- люцидная кататония с непрерывным (F20.20x)
- или приступообразным-прогредиентным течением (F20.21x).

Важно понимать, что кататония — не только симптомом шизофрении. Такое состояние может быть вызвано заболеваниями ЦНС, нарушениями метаболических процессов в организме, приемом некоторых лекарственных препаратов или психоактивных веществ, являться симптомом других аффективных расстройств.

Гебефреническая шизофрения

Гебефреническая форма шизофрении (F20.1) развивается в подростковом возрасте. Для нее не характерны бред и галлюцинации, но они могут присутствовать в анамнезе. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, данный вид шизофрении должен удовлетворять одному из первых признаков — яркое уплощение аффекта, эмоциональная неадекватность; а также одному из следующих — необычное поведение (бесцельное, несобранное, «дурашливое»), расстройства мышления (разорванная, бессвязная речь).

Гебефренический тип шизофрении может протекать:

- эпизодически (F20.11x);
- хронически (F20.10x).

При дифференциальной диагностике с необходимостью должны быть исключены болезнь Гентингтона и болезнь Пика. Эти заболевания могут вызывать схожую с гебефренической формой шизофрении симптоматику. Также к аналогичному психопатологическому состоянию проводят опухоли лобных долей головного мозга, которые выявляются с помощью КТ и ЭЭГ.

Простая шизофрения

Для выявления простого типа шизофрении (F20.6) требуется длительное наблюдение за пациентом, тщательный сбор сведений о нем, включая подробную информацию о детстве, взрослении, об особенностях жизни в семье и взаимоотношениях между ее членами. При простой форме шизофрении не наблюдаются обманы восприятия, бредовые расстройства. Они могут быть выражены на уровне подчинения «внутреннему голосу» или интуиции, а бредовое искажение картины мира гармонично вписываться в «рациональные» установки на уровне личности и в «сформированное на негативном жизненном опыте» мировоззрение.

Как правило, тип течения шизофрении простой формы следующий:

- непрерывно текущая злокачественная шизофрения (F20.6x).

Люди с данным типом шизофрении страдают от ухудшения качества жизни, например, на уровне потери полового влечения, занимавших их ранее интересов, отсутствия

целеустремленности в жизни, развития эгоцентричности, потери социальных связей и эмоциональной привязанности к близким. В чертах личности таких людей появляются и развиваются негативные симптомы — апатия, притупляются или выпадают чувства и эмоции, ухудшается невербальное общение, подавляется воля. Все это, в конечном счете, отражается на жизни в семье и обществе (например, на успеваемости в образовательных учреждениях, на эффективности на рабочем месте). Однако в картине развития простой формы шизофрении признаков деменции или какой-либо другой психопатологии не наблюдается.

Наиболее неблагоприятными из данных форм шизофрении считаются гебефреническая, кататоническая (люцидная) и простая.

4. Диагностика

Шизофрения отличается большим спектром клинических проявлений, и в ряде случаев ее диагностика представляет большие трудности. В основу диагностических критериев положены так называемые негативные расстройства или своеобразные изменения в личности больного. К таковым относятся обеднение эмоциональных проявлений, нарушение мышления и межличностных нарушений. Шизофрении также свойствен определенный набор синдромов.

В диагностике шизофрении важно отграничивать клиническую картину шизофрении от экзогенных психопатологий, аффективных психозов (в частности, от БАР), а также от неврозов и психопатий.

Экзогенные психозы начинаются в связи с определенными вредностями (токсические, инфекционные, и другие экзогенные факторы). При них наблюдаются особые изменения личности (по органическому типу), психопатологические проявления протекают с преобладанием галлюцинаторных и зрительных расстройств.

При аффективных психозах не наблюдается изменений личности, свойственных шизофрении. Психопатологические проявления исчерпываются главным образом аффективными расстройствами. В динамике заболевания не наблюдается усложнения синдромов, в то время как при шизофрении имеется тенденция к усложнению приступов. А в случае вялого, неактивного течения шизофренического процесса необходима дифференциальная диагностика шизофрении с неврозами и психопатиями.

Следует отметить, что динамика шизофрении всегда отлична от динамик других нозологических единиц, хотя иногда они могут быть неразличимы в случаях недобросовестного или некомпетентного отношения к диагностическому процессу.

Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект (течение определяется по пятому знаку).

Хотя четких патогномоничных симптомов нет, для практических целей целесообразно разделить вышеуказанные симптомы на группы, которые являются важными для диагностики и часто сочетаются, такие как:

- а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);
- б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя

- с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами);
- д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или неполностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;
- е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы;
- ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- з) "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;
- и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

В качестве диагностических критериев нередко опираются на «четыре А» Блейера: снижение аффекта (обеднение эмоционально-волевой сферы), аутизм (замкнутость), нарушение ассоциативного мышления и амбивалентность.

5. Особенности изменения поведения при дебюте шизофрении

Ранним признаком его могут быть появление аутизма: 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). Больной уходит в себя, в мир собственных болезненных переживаний. Мышление больного при этом основывается на извращенном отражении в сознании окружающей действительности. Во время беседы с больным шизофренией, при анализе их писем, сочинений можно в ряде случаев выявить у них склонность к резонерствующим рассуждениям. Многие больные демонстрируют хорошую способность к абстрактному мышлению, им легко даются точные науки (физика, математика). В 20-х годах Э. Кречмер, проанализировав типы телосложения, указал, что шизоидный тип характеризуется вытянутыми пропорциями, слабым развитием мышц (астенический, или лептосомный, тип).

О дебюте заболевания свидетельствует значительное изменение привычного уклада жизни пациента. Он теряет интерес к любимым занятиям, резко изменяет свое отношение к родным и друзьям. Появляется несвойственный ему ранее интерес к философии, религии, этике, космологии («метафизическая интоксикация»). Некоторые больные проявляют ипохондричность, другие начинают вести себя асоциально. Этот процесс сопровождается разрывом прежних социальных связей, нарастающей аутизацией.

На ранних стадиях этого заболевания могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия, чувство вины, страх, а также частая смена настроений.

Картина депрессии может быть очень отчетливой, длительной и наблюдаемой, а может быть и замаскированной, неявной, признаки которой заметны лишь взгляду специалиста. Эмоционально – волевое оскудение развивается через определенное время после начала процесса и бывает четко выражено при обострении болезненных симптомов.

6. Лечение

1) Фармакотерапия

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 удается значимо ослабить негативные симптомы и когнитивную дисфункцию. Эффект антипсихотиков обусловлен в первую очередь именно подавлением дофаминовой активности, несмотря на их существенные побочные действия. Используемые в настоящее время дозировки антипсихотиков, как правило, ниже по сравнению с дозировками, использовавшимися в первые десятилетия их применения. Несмотря на широкую распространённость антипсихотической фармакотерапии, она ни в коей мере не является этиопатогенетической, а представляет собой симптоматическую терапию, ориентированную преимущественно на малоспецифичные продуктивные симптомы.

Имеются свидетельства того,

что клозапин, амисульприд, оланзапин и рисперидон являются самыми эффективными средствами. Дальнейшее (после купирования психоза) применение этих антипсихотиков позволяет снизить риск рецидива. При резистентной шизофрении рекомендуется назначать клозапин.

2) 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, она (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.

3) Другие методы

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.

В России инсулинокоматозная терапия продолжает использоваться, представляя, с точки зрения ряда специалистов, уникальный метод терапии.

Также иногда применяется атропинокоматозная терапия.

7. Заключение

Исходя из данных практики и большинства исследований, диагноз «шизофрения» чаще всего устанавливается пожизненно, а само заболевание имеет неблагоприятный прогноз. Но при более благоприятных формах и типах течения в случае своевременно начатого и правильно подобранного лечения можно замедлить формирование дефекта и добиться длительной ремиссии вплоть до нескольких лет.

8. Список литературы

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.: Психиатрия. Национальное руководство, 2020.
2. Александровский Ю.А. - Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. 2018г.
3. Жмуров В.А. «Психиатрия. Энциклопедия.» М,2016г.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Пер. с английского докт. мед. наук В. Б. Стрелец. Клиническая психиатрия. В 2 томах. Том 1. – М.: Медицина, 2004. – 533 с.
5. Классификатор МКБ-10
6. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. - Психиатрия. Учебник для вузов. 3-е издание. М., 2006.
7. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018.
8. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. Шизофрении. – М.: Алетейя, 2005. – 200 с.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Трифоновой В.В.

Тема реферата Шизофрения

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	—
6	Логичность доказательной базы	+ / —
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	8/4
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	4 (хорошо)

Дата "22" марта 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Трифопова В.В.