Шизофрения, клинические формы. Шизотипическое расстройство

Педиатрический факультет

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.

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)

Эпидемиология шизофрении

- Ежегодно диагностируется примерно 1 новый случай на 1000 населения. Этот показатель устойчив во всем мире, поскольку заболеваемость не зависит от национальности или расы.
- Средний возраст начала составляет 15-25 лет для мужчин и 25-35 для женщин.
- После 35 лет заболевают 17% женщин и 2% мужчин, в этом, возможно, находит отражение не истинная разница в возникновении заболевания, а влияние социокультуральных факторов.
- Шизофрения редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50. Примерно 90% всех больных имеют возраст 15-54 года.

Этиология шизофрении

- За время изучения шизофрении высказывались различные предположения о сущности болезни и причинах ее возникновения.
- Однозначно вопрос о причинах развития шизофрении не решен.
- К основным концепциям этиологии шизофрении относят:

- биологическую;
- психологическую;
- социальную;
- биопсихосоциальную (смешанную).

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)

Клиника шизофрении

Негативные симптомы (**основные**, определяющие нозологическую диагностику шизофрении),

- *Схизис* - "расщепление"
- Аутизм
- Эмоциональныерасстройства (эмоциональная неадекватность, холодность, апатия, амбивалентность)
- Волевые нарушения (гипо- и абулия)
- Формальные нарушения мышления (аутистическое мышление, резонерское мышление, разорванное мышление, неологизмы, ментизм, "шперрунг")
- Нарушения мимики
- Психическая обнаженность
- **Позитивные симптомы** (продуктивные- бред, галлюцинации, психические автоматизмы, гебефренические, неврозоподобные, аффективные, психопатоподобные, нарушения сознания и др.), дополнительные
- Определяют клиническую форму заболевания

Клинические формы

- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая
- Простая

Параноидная шизофрения

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

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)

Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте (*Геба–богиня юности*)
- Характерен гебефренный синдром (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

Простая форма шизофрении

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

«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 и так далее.)

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

Астенический, ипохондрический,параноидный, аутистический, шизофренический и др. типы дефектов.

Этапы лечения шизофрении

В системе лечебных мероприятий при терапии шизофрении выделяют 4 относительно самостоятельных этапа:

- купирующая терапия;
- долечивающая или стабилизирующая терапия;
- коррекция негативной симптоматики и восстановление прежнего уровня социально-трудовой адаптации;
- профилактическая (поддерживающая) терапия.

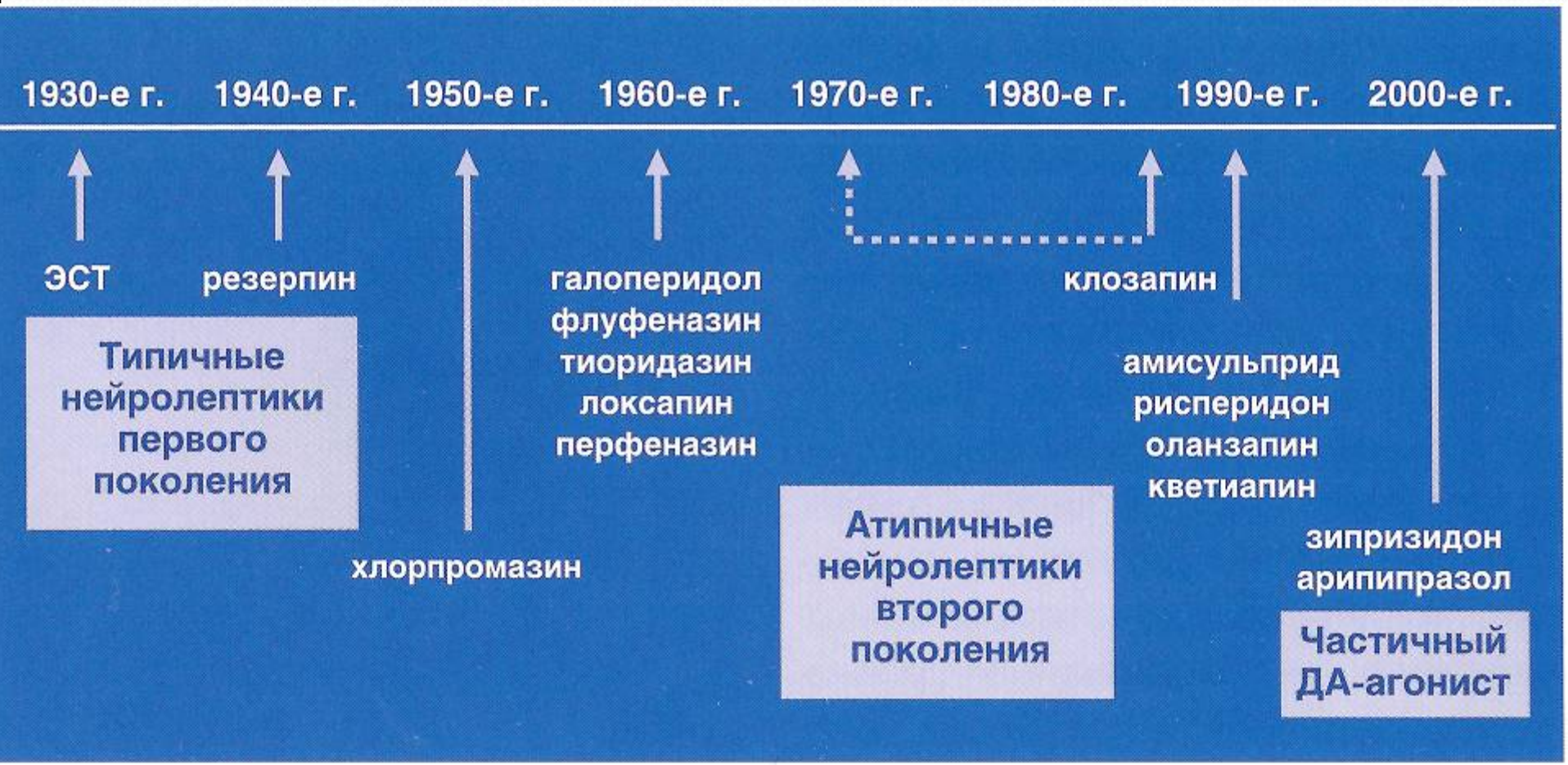
Личный кабинет my.obrfm.
my.obrfm.ru/cabinet#/webinars/webinar/F0030410/play

Основные клинические мишени действия антипсихотической терапии

Мосолов С.Н., 2006

Механизм действия нейролептиков

- Блокада дофаминовых рецепторов (D_1, D_2, D_3, D_4)
- Блокада серотониновых рецепторов ($5\text{-}HT_{2A}$, $5\text{-}HT_{2C}$, $5\text{-}HT_{1A}$, $5\text{-}HT_{1D}$)
- Блокада M_1-холинорецепторов
- Блокада гистаминовых H_1-рецепторов
- Блокада центральных и периферических α_1-адренорецепторов


1930-е г.
1940-е г.
1950-е г.
1960-е г.
1970-е г.
1980-е г.
1990-е г.
2000-е г.
ЭСТ
резерпин
хлорпромазин
галоперидол
флуфеназин
тиоридазин
локсапин
перфеназин
клозапин
амисульприд
рисперидон
оланзапин
кветиапин
зипризидон
арипипразол
Типичные нейролептики первого поколения
Атипичные нейролептики второго поколения
Частичный ДА-агонист

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

Производные фенотиазина			Производные бутирофенона	Производные тиоксантена	Атипичные нейролептики	Пролонги
Алифатические	Пиперидиновые	Пиперазиновые				
Пропазин Терален Пипортил Аминазин Тизерцин	Меллерил Тиодазин Тиоридазин Сонапакс Неулептил	Френолон Метеразин Этаперазин Модитен Трифтазин Стелазин Мажептил	Сенорм Галоперидол Триседил Бенперидол Дроперидол	Хлорпротиксен Клопиксол Флюанксол Клопентиксол Флупентиксол	Рисперидон (рисполепт) Оланзапин (зипрекса) Сероквель (квентиапин) Клозепин (лепонекс, азалептин) Зипрасидон (зелдокс) Солиан	Орап Семап Имап Модитен – депо Лиородин-депо Галоперидол-деканоат Пипортил-L Трилафон-депо
	Корректоры: циклодол, акинетон,					

Шизотипическое расстройство

а) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
б) поведение или внешний вид чудаковатые, эксцентричные или странные;
в) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
г) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
д) подозрительность или параноидные идеи;
е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
и) эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

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)