

ШИЗОФРЕНИЯ.

Систематика, клиника и диагностика.

Доцент кафедры неврологии, психиатрии,
мануальной медицины и медицинской
реабилитации Института НМФО ВолгГМУ
к.м.н. Ростовщиков В.В.



В настоящий момент принята трехкомпонентная модель шизофрении, в которой кроме **ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ** СИМПТОМОВ ОТДЕЛЬНО ВЫДЕЛЯЮТ **нейрокогнитивные** нарушения, которые прежде относились к негативным.



Негативные симптомы

- Стойкое выпадение психических функций, связанное с заболеванием.
- К негативным симптомам относят:
 - ❖ **Схизис** (интрапсихическая атаксия) – дезинтеграция, разлаженность психики, неравномерность, мозаичность нарушений психических функций.
 - ❖ **Аутизм** – ослабление связей с реальностью, чрезмерное погружение в свой внутренний мир.
- Эмоциональные изменения:
 - ❖ **Эмоциональное притупление;**
 - ❖ **Апатия;**
 - ❖ **Эмоциональная неадекватность;**
 - ❖ **Амбивалентность.**



Негативные симптомы

- *Патология волевых функций:*
 - ❖ Гипобулия;
 - ❖ Снижение энергетического потенциала;
 - ❖ Абулия;
 - ❖ Парабулия;
 - ❖ Амбитендентность;
 - ❖ Импульсивность;
- *Патология мышления:*
 - ❖ **Формальные расстройства мышления** - разорванность мышления и речи, разноплановость мышления, паралогичность мышления, символичность, формальность мышления, резонерство, аморфность, аутистическое мышление, неологизмы, соскальзывания, ответы не в плоскости вопроса.



Негативные симптомы



- *Болезненные изменения мимики:*
 - ❖ **Гипомимия;**
 - ❖ **Парамимия** (вычурная, манерная мимика, гримасничание);
 - ❖ **Амимия.**
- *Изменения в психомоторике:* угловатость, неуклюжесть, неловкость, необычность движений.
 - ❖ **Психическая обнаженность** (утрированная, неуместная откровенность, порой с малознакомыми людьми).



Позитивные симптомы

Позитивные (продуктивные, «+»симптом):

I. Психотические продуктивные расстройства:

- **Шизофренический бред** (бред реформаторский, психического воздействия, особого значения, космический, антагонистический, чужих родителей и др.)
- **Обманы восприятия** (псевдогаллюцинации - вербальные, комментирующего или антагонистического содержания; зрительные псевдогаллюцинации; обонятельные, тактильные, висцеральные псевдогаллюцинации).
- **Психические автоматизмы** (идеаторные, моторные (в т.ч. речедвигательные), сенсорные).



Позитивные симптомы Психотические продуктивные расстройства



- Кататонические и гебефренические расстройства;
- Аффективные расстройства:
 - Мания (гневливая, непродуктивная, дурашливая, неистовая).
 - Депрессии с эндогенными качествами, с бредовой симптоматикой.
- Состояния помраченного сознания (онейроид, редко - аментивноподобное помрачение сознания).



Позитивные симптомы

II. Непсихотические продуктивные расстройства.

- *Неврозоподобные и психопатоподобные нарушения (тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, истероформные, небредовая ипохондрия, психопатоподобные состояния эксплозивного, гебоидного, тормозимого типа).*



Нейрокогнитивные симптомы

- У пациентов страдают познавательные функции.
- Наблюдается нарушение внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительных функций (возможность планировать и осуществлять целенаправленные действия).
- Отмечаются уже после первого приступа и нарастают по ходу течения заболевания.
- Улучшение нейрокогнитивных функций – один из ключевых факторов качества ремиссии при шизофрении.



МКБ-10

Структура раздела F2

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2):

- F20 – шизофрения,
в частности выделяют формы:
- F20.0 – параноидная,
- F20.1 – гебефреническая,
- F20.2 – кататоническая,
- F20.3 – недифференцированная,
- F20.4 – постшизофреническая депрессия,
- F20.5 – резидуальная (остаточная),
- F20.6 – простая,
- F20.8 – другая,
- F20.9 – неуточненная;



МКБ-10

- также выделяют типы течения:
- F20.*0 – непрерывный,
- F20.*1 – эпизодический с нарастающим дефектом,
- F20.*2 – эпизодический со стабильным дефектом,
- F20.*3 – эпизодический ремиттирующий,
- F20.**4 – неполная ремиссия,
- F20.**5 – полная ремиссия,
- F20.* 8 – другой тип ремиссии,
- F20.*9 – период наблюдения менее года.
- F21 – шизотипическое расстройство,
- F22 – хронические бредовые расстройства,
- F23 – острые и транзиторные бредовые расстройства,
- F24 – индуцированный бред,
- F25 – шизоаффективные психозы,
- F28 – другие неорганические психозы,
- F29 – неуточненный бредовый психоз.



Диагностика в соответствии с МКБ-10

Общими для параноидной, гебефреничной, кататонической и недифференцированной шизофрении являются диагностические критерии:

- наблюдающийся большую часть времени на протяжении не менее месяца психотический эпизод, сопровождаемый, по меньшей мере, одним из следующих признаков:

- а) слуховые псевдогаллюцинации, ощущения приема, передачи мыслей на расстоянии или их отнятия;
- б) бред воздействия, контроля со стороны, чувство сделанности отдельных движений, мыслей, поступков или ощущений; бредовое восприятие;
- в) вербальные галлюцинации комментирующей или диалоговой формы, обсуждающие поведение больного, или другие голоса, идущие из определенных частей тела;
- г) стойкий, неадекватный для данной культуры, вычурный бред нереалистичного содержания (например, возможность управления погодой, контакта с инопланетянами).



Диагностика

- если нет ни одного из вышеуказанных признаков, то должны наблюдаться по меньшей мере два из следующих:

- д) стойкие, ежедневные галлюцинации в любой сфере на протяжении не менее месяца, сопровождаемые транзиторными, рудиментарными бредовыми идеями без отчетливой аффективной окраски или длительно сохраняющимися сверхценными идеями;
- е) неологизмы, обрывы, эпизоды неуправляемого потока мыслей, приводящие к разорванности речи;
- ж) такие кататонические симптомы как возбуждение, стереотипии, восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор;
- з) такие негативные симптомы как нарастающая апатия, обеднение речи, уплощение и неадекватность аффекта (не вызванные депрессией или терапией нейролептиками).



Диагностика



- Критерии диагноза «Шизофрения»:
- 1 четкий симптом (или 2 менее отчетливых) из группы а - г.
- Или 2 симптома из группы д - и.
- Симптомы должны отмечаться не менее 1 месяца.

Диагностика

- Диагноз параноидной формы (F20.0) ставится при наличии общих критериев шизофрении, а также следующих признаков:
- доминирование галлюцинаторных или бредовых феноменов (идеи преследования, отношения, происхождения, передачи мыслей, угрожающие или преследующие голоса, галлюцинации запаха и вкуса, сенестезии);
- кататонические симптомы, уплощенный или неадекватный аффект, разорванность речи могут быть представлены в легкой форме, но не доминируют в клинической картине.



Диагностика



- Диагноз гебефренной формы (F20.1) ставится при наличии общих критериев шизофрении и:
- одного из следующих признаков - а) отчетливое и стойкое уплощение или поверхностность аффекта, б) отчетливая и стойкая неадекватность аффекта, а также:
- одного из двух других признаков: а) отсутствие целенаправленности, собранности поведения, б) отчетливые нарушения мышления, проявляющиеся в бессвязной или разорванной речи;
- галлюцинаторно-бредовые феномены могут присутствовать в легкой форме, но не определяют клиническую картину.



Диагностика



- Диагноз кататонической формы (F20.2) ставится при наличии общих критериев шизофрении, а также наличия не менее одного из следующих признаков в течение не менее двух недель:
- а) ступор (отчетливое снижение реакции на окружающее, спонтанной подвижности и активности) или мутизм;
- б) возбуждение (внешне бессмысленная двигательная активность, не вызванная внешними стимулами);
- в) стереотипии (добровольное принятие и удержание бессмысленных и вычурных поз, выполнение стереотипных движений);
- г) негативизм (внешне немотивированное сопротивление обращениям со стороны, выполнение противоположного требуемому);
- д) ригидность (сохранение позы, несмотря на внешние попытки изменить ее);
- е) восковая гибкость, застывание конечностей или тела в заданных извне позах);
- ж) автоматоподобность (немедленное следование указаниям).



Диагностика

- Недифференцированная форма (F20.3) диагностируется тогда, когда состояние соответствует общим критериям шизофрении, но не специфическим критериям отдельных типов, или симптомы столь многочисленны, что соответствуют специфическим критериям более чем одного подтипа.



Диагностика

- Диагноз постшизофренической депрессии (F20.4) ставится, если:
- состояние в течение последнего года наблюдения соответствовало общим для шизофрении критериям;
- по меньшей мере один из них сохраняется;
- депрессивный синдром должен быть настолько затяжным, выраженным и развернутым, чтобы соответствовать критериям не менее, чем легкого депрессивного эпизода (F32.0).



Диагностика

- Для диагноза резидуальной шизофрении (F20.5) состояние должно в прошлом соответствовать общим для шизофрении критериям, не выявляемым уже в момент обследования. Кроме этого, в течение последнего года должно присутствовать не менее 4 из следующих негативных симптомов:
 - психомоторная заторможенность или сниженная активность;
 - отчетливое уплощение аффекта;
 - пассивность и снижение инициативы;
 - обеднение объема и содержания речи;
 - снижение выразительности невербальной коммуникации, проявляющееся в мимике, контакте взора, модуляциях голоса, жестах;
 - снижение социальной продуктивности и внимания к внешнему виду.



Диагностика

- Диагноз простой формы шизофрении (F20.6) ставится на основании следующих критериев:
- постепенное нарастание всех трех нижеперечисленных признаков на протяжении не менее года:
- а) отчетливые и стойкие изменения некоторых преморбидных личностных особенностей, проявляющиеся в снижении побуждений и интересов, целенаправленности и продуктивности поведения, уходе в себя и социальной изоляции;
- б) негативные симптомы: апатия, обеднение речи, снижение активности, отчетливое уплощение аффекта, пассивность, недостаток инициативы, снижение невербальных характеристик коммуникации;
- в) отчетливое снижение продуктивности в работе или учебе;
- состояние никогда не соответствует общим для параноидной, гебефреничной, кататонической и недифференцированной шизофрении признакам (F20.0-3);
- отсутствуют признаки деменции или иного органического поражения мозга (F0).



Классификация форм (типов течения) шизофрении [НЦПЗ РАМН, 1999]

Непрерывнотекущая

- Злокачественная юношеская (в т. ч. простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная юношеская)
- Параноидная (в т. ч. бредовой и галлюцинаторный варианты)
- Вялотекущая

Приступообразно-прогредиентная

- Злокачественная
- Близкая к параноидной
- Близкая к вялотекущей

Рекуррентная

- С разными видами приступов
- С однотипными приступами

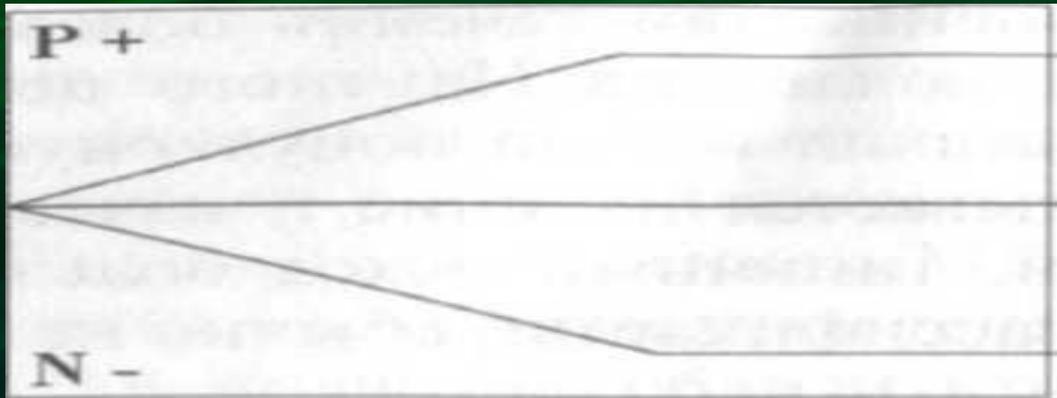
Особые формы

- Вялотекущая
- Атипичный затяжной пубертатный приступ
- Паранойяльная
- Фебрильная

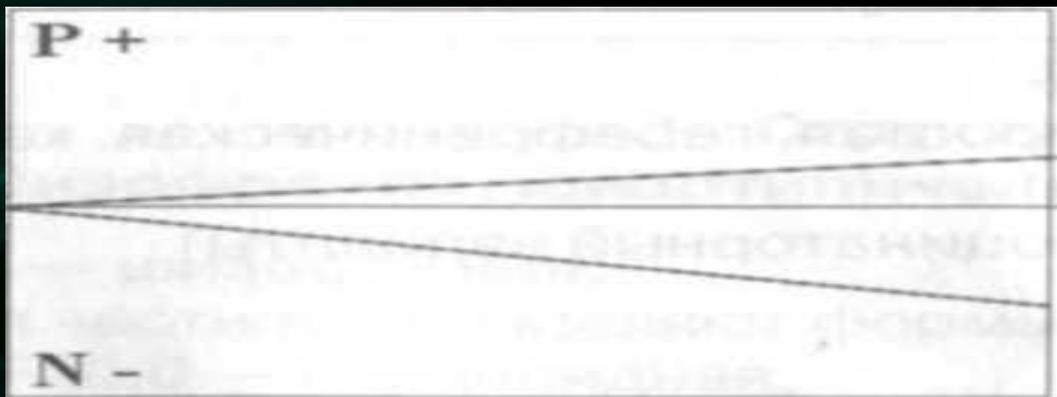


Динамика развития продуктивной (P+) и негативной (N-) симптоматики при различных типах течения шизофрении

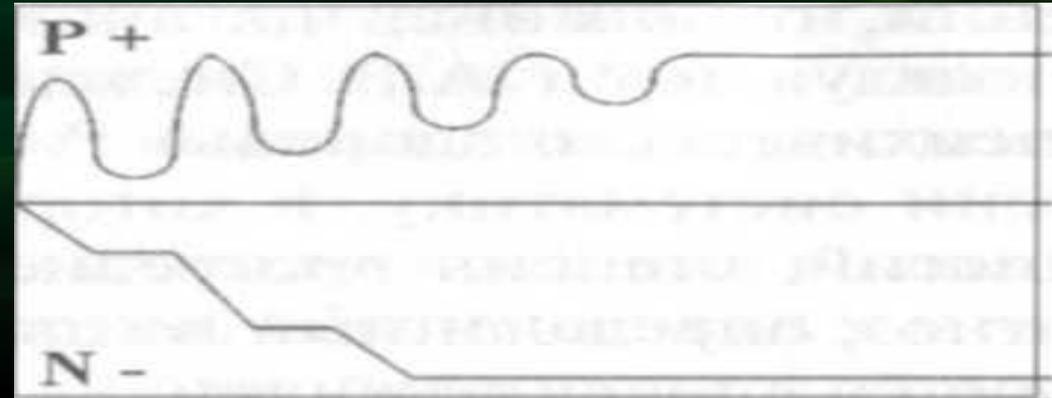
Непрерывнотекущая



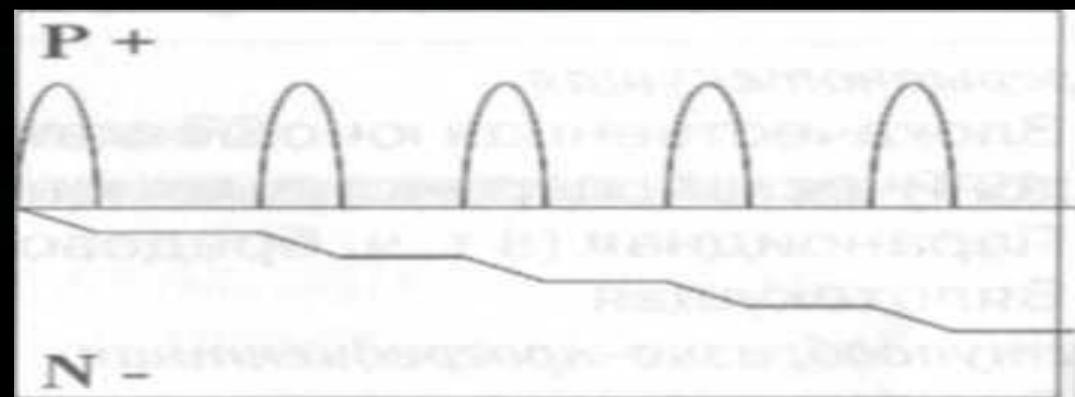
Вялотекущая



Приступообразно-прогредиентная



Рекуррентная



Периоды течения заболевания

- **Продромальный период** может предшествовать манифестации психоза на протяжении нескольких недель или месяцев. Здесь могут быть представлены астено-ипохондрические, психопатоподобные симптомы, тревожные эпизоды. Заострение преморбидных черт личности, в особенности шизоидных, сочетается с неадекватными аффективными реакциями, снижением побуждений и продуктивности в работе или учебе. Пытаясь улучшить свое состояние, больные часто прибегают к парамедицинским приемам лечения, вычурным режимам питания, не вполне адекватным занятиям спортом. Характерна фиксация на философских, метафизических, религиозных темах, появление странностей в поведении, вычурности или запущенности во внешнем виде.



Периоды течения заболевания

- **Период манифестации** психоза может развиваться остро или затягиваться на недели-месяцы. В этой активной фазе обычно доминируют развернутые галлюцинаторно-параноидные переживания. После первой манифестации классическим течением шизофрении считаются периодические обострения, часто провоцируемые социальными стрессами, разделяемыми промежутками ремиссий, в которых все более явно проступает остаточная продуктивная, нарастающая дефицитарная симптоматика и ранимость к психосоциальным стрессорам. За обострением часто следует эпизод постпсихотической депрессии.



Клиника (личность)

- Группа больных шизофренией безусловно выделяется из населения в преморбиде по своим личностным особенностям.
- Наиболее часто (44%) встречающийся тип личности - шизоидный, отличающийся спокойствием, пассивностью, замкнутостью, крайне плохой интуицией, низкими эмпатическими данными, мечтательностью, углубленностью в себя. Ребенок обычно послушен, у него мало или совсем нет друзей, спортивным соревнованиям он предпочитает телевизор, музыку.
- Встречаются также тревожный, параноидный, истерический, ананкастный и другие типы личности.



Клиника (поведение)

- Среди поведенческих нарушений наиболее яркими являются кататонические симптомы. Их спектр простирается от легкой манерности и причудливости отдельных движений, поз и гримас до выраженного возбуждения, ступора, стереотипий. Характерным является негативизм.
- Обычный когда-то симптом восковой гибкости теперь встречается крайне редко.



Клиника (поведение)

- Встречаются и менее выраженные нарушения - снижение спонтанных движений и речи, недостаточная целенаправленность поведения, своеобразная неуклюжесть и ригидность движений, необычные тики, неряшливость, внешние признаки социальной запущенности. Поступки могут быть импульсивными, что иногда происходит под воздействием галлюцинаций, определяющих поведение больных.



Клиника (мышление)

- Нарушения формы мышления включают необычность ассоциаций, соскальзывания, смысловые несоответствия, чрезмерную обстоятельность, вплоть до вербигераций и словесной окрошки. Нарушения процесса мышления включают неконтролируемый поток (ментизм) и полный обрыв мыслей (шперрунг), расплывчатость, бедность или причудливость содержания речи, паралогии, снижение абстрактного мышления. Нарушения памяти нетипичны. Характерны трудности концентрации внимания, затруднения в организации и интеграции нового опыта.



Клиника (мышление)

- Бредовые построения чрезвычайно разнообразны и могут касаться преследования, отношения, особого значения, величия, любовного очарования. Это – наиболее частое проявление шизофрении, на разных этапах его можно наблюдать практически при всех формах заболевания.
- Больной уверен, что он получает или передает мысли на расстоянии, читает чужие мысли, или что его собственные доступны восприятию окружающих. Он может считать, что его поведение каким-то образом контролируется извне, что со стороны вызываются какие-то ощущения и изменения в организме, делаются намеки на него в средствах массовой информации или что он может необычным образом влиять на происходящее.
- Больные вкладывают не присущий в действительности смысл окружающей обстановке, людям, ситуации.



Клиника (аффект)

- аффективные нарушения наиболее часто включают отсутствие эмоциональной включенности при общении, снижение эмоционального реагирования или интенсивные и часто неадекватные, непонятные для окружающих вспышки гнева, тревоги или счастья.
- аффект может не соответствовать как ситуации, так и мимико-пластическим средствам его выражения.
- обеднение аффекта приводит к тому, что многие больные выглядят безразличными, апатичными, гипомимичными, у них замедленная речь и затруднен контакт взора. Больные иногда жалуются на мучительную эмоциональную пустоту, невозможность испытывать какие-либо эмоции, прежде всего радость



Клиника (восприятие)

- хотя обманы восприятия наблюдаются в любой сенсорной модальности, чаще всего это проявляется в виде слуховых галлюцинаций. Они бывают в разной степени громкими, разборчивыми и развернутыми, восприниматься внутри головы или извне. Содержание “голосов” может включать обвинения, угрозы, оскорбления.



- зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются несколько менее часто, они могут восприниматься вне поля зрения, например, за головой.
- обонятельные и вкусовые галлюцинации обычно сопровождают страх отравления при бреде преследования

Непрерывнотекущая шизофрения

- характеризуется отсутствием ремиссий.
- несмотря на колебания в состоянии больного, психотическая симптоматика никогда не исчезает полностью.



- наиболее злокачественные формы сопровождаются ранним началом и быстрым формированием апатико-абулического синдрома (гебефреническая, кататоническая, простая).
- наиболее типичным вариантом болезни является параноидная шизофрения.

Непрерывнотекущая шизофрения

- наибольшей степени систематизации бред достигает на этапе паранойяльного и параноидного синдрома, а в дальнейшем система доказательств распадается, и бред становится особенно вычурным и нелепым (парафренный синдром).
- у подавляющего большинства пациентов стойко сохраняются признаки синдрома психического автоматизма.
- течение типичной параноидной шизофрении редко бывает злокачественным, больные дольше удерживаются в социуме, хотя полной редукции симптоматики достичь обычно не удается.
- пациенты с наиболее мягкими формами шизофрении (в т. ч. сенестопатически-ипохондрической формой) могут довольно длительное время сохранять трудоспособность.



Приступообразно- прогредиентный (шубообразный) тип течения

- отличается наличием ремиссий.
- бредовая симптоматика возникает остро, манифестации бреда предшествует упорная бессонница, тревога, страх сойти с ума.
- бред в большинстве случаев несистематизированный, чувственный, сопровождается выраженной растерянностью, тревогой, возбуждением, иногда в сочетании с манией или депрессией.
- среди фабул бреда преобладают идеи отношения, особого значения, нередко возникает бред инсценировки.



Приступообразно- прогредиентный (шубообразный) тип течения

- острый приступ шизофрении продолжается несколько месяцев и завершается исчезновением бредовой симптоматики, часто формированием полноценной критики к перенесенному психозу. Однако от приступа к приступу происходит ступенчатое нарастание дефекта личности, приводящее, в итоге, к инвалидизации.
- на заключительных этапах процесса качество ремиссий прогрессивно ухудшается, и течение болезни приближается к непрерывному.



Рекуррентный (периодический) тип течения

- наиболее благоприятный вариант заболевания, при котором могут наблюдаться длительные светлые промежутки без продуктивной симптоматики, с минимальными изменениями личности (интермиссии).
- приступы возникают чрезвычайно остро, аффективные расстройства сочетаются с бредовыми.
- на высоте приступа может наблюдаться помрачение сознания (онейроидная кататония).
- дефект личности даже при длительном течении не достигает степени эмоциональной тупости.
- у части больных наблюдается только 1 или 2 приступа в течение всей жизни.



Рекуррентный (периодический) тип течения



- выраженность аффективных расстройств и отсутствие грубого личностного дефекта делает этот вариант заболевания наименее схожим с типичными формами шизофрении и сближает его с биполярным аффективным расстройством.

Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения

- в клинической картине преобладают невротоподобные (обсессивные, фобические, ипохондрические, сенестопатические) и психопатоподобные расстройства.
- идея выделения мягких (латентных) форм шизофрении принадлежит Е. Блейлеру. С точки зрения медицинской теории, такой диагноз кажется вполне логичным, поскольку практически все известные психические и соматические заболевания имеют как тяжелые, так и мягкие варианты.



Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения

- к сожалению, в 1970-1980-е годы этот термин стал предметом злоупотреблений и последующей политической дискуссии.
- в МКБ-10 мягкие неврозоподобные и психопатоподобные варианты заболевания отнесены к шизотипическому расстройству.



Типы дефекта при шизофрении

- Различают ряд вариантов шизофренического дефекта: а) **астенический вариант** – относительно легкий и наиболее часто встречающийся. Выделение данного типа шизофренического дефекта явно противоречит глубоко укоренившемуся представлению о шизофрении, как о заболевании с фатальным исходом в слабоумие;
- б) **параноидный вариант** – таким пациентам особенно свойственны скрытность, подозрительность и агрессивность;



Типы дефекта при шизофрении

- в) психопатоподобный вариант - таких пациентов в первую очередь отличают эгоцентризм, диктаторские наклонности, жестокость;
- г) апато-абулический вариант - в данном случае преобладают вялость, отсутствие интересов и побуждений, апатия, но могут быть упрямство, своеволие;
- д) психорганический вариант - преобладают снижение памяти, умственных способностей, интеллекта, опустошение эмоционально-волевой сферы, как если бы был доказан факт отсутствия при шизофрении признаков органического нарушения головного мозга.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



ДО НОВЫХ ВСТРЕЧ!

