

ШИЗОФРЕНИЯ

- **Kahlbaum** (1828-1899) – описал симптомы **кататонии**
- **Hecker** (1843-1909) – ввёл понятие «**гебефрения**»
- **Morel** (1809-1873) – впервые использовал понятие «**раннее слабоумие**» - **démence précoce**
- **Kraepelin** (1856-1926) – объединил эти расстройства под термином «**раннее слабоумие**» и выделил основные типы

■ **E. Bleuler** (1857-1939)

1. предложил термин «шизофрения»
2. ввел принцип разной диагностической силы отдельных симптомов и разделил их на первичные (как следствие мозгового морбидного процесса) и вторичные (как реакция пациентов на переживание заболевания)
3. правило 4 А:
 - ассоциации
 - аффект
 - аутизм
 - амбивалентность

■ К. Schneider

1. Симптомы первого ранга;

- слуховые псевдогаллюцинации
- слуховые галлюцинации диалогового и комментирующего содержания
- соматические ощущения воздействия извне
- открытость мыслей, переживание отнятия мыслей и передачи их на расстояние
- идеи воздействия

2. Симптомы второго ранга:

- другие типы галлюцинаций
- бредовое восприятие
- растерянность
- биполярные аффективные расстройства

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

- 1 человек из 100
- Риск заболеть составляет 1% в течение жизни

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ

1. Болезненность - 9,59 на 1000 населения
 - вялотекущие формы - 2,87
 - параноидная - 1,81
 - злокачественная - 0,49
 - приступообразно-прогредиентная - 3.32
 - рекуррентная - 1,05
 - недифференцированные формы - 0,06

■ 2. Заболеваемость - 1,91 на 1000 населения

Непрерывно текущая:	Мужчины	Женщин
Злокачественная	1,4	0,03
Малопрогрессирующая	0,78	0,44
Приступообразно-прогрессирующая	0,16	0,26
Рекуррентная	0,2	0,34

ЭТИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ

- Биологические факторы

- Факторы окружающей среды:

-  социально-психологические

-  биологические

Биологические факторы:

- 1. Наследственность – риск развития шизофрении повышается до 50% в потомстве двух родителей больных шизофренией и у идентичных (монозиготных) близнецов, до 10% у дизиготных. Дети родителей-шизофреников, усыновлённые вдали от биологических родителей, имели большой риск позднего развития шизофрении. Но нигде нет 100%-го совпадения. Не установлен специфичный ген, отвечающий за появление шизофрении. Но есть генетические аномалии повышающие частоту возникновения шизофрении (например: вело-кардио-лицевой синдром).

Биологические факторы:

- 2. Биологические маркеры – 1960 г. - феномен «розового пятна» – обнаружение в моче больных шизофренией особой группы химических веществ.
- 3. Нарушение структуры мозга – выявлено небольшое, но значимое уменьшение объёма головного мозга у больных шизофренией. В наибольшей степени уменьшаются височные доли, миндалина (она связана с эмоциями) и гиппокамп (он отвечает за долговременную память). Расширение боковых желудочков (что обычно связывают с негативной симптоматикой, нарушением познавательных функций и движений).

Биологические факторы:

- 4. Аномалии функций мозга – у пациентов с шизофренией уменьшена активность в лобных долях и в покое, и при выполнении задач, которые вызывают обычно повышение активности (гипофронтальность).
- 5. Нейрохимическая гипотеза – существует гиперактивность допаминовых систем.

Факторы окружающей среды:

- А. Социально-психологические
- Б. Биологические

Социально-психологические факторы:

1. Психологический стресс – предполагается, что он запускает цепь событий, приводящих к психозу. Обнаружено большое количество событий перед первым проявлением шизофрении, существует связь между крупными стрессами и симптомами острого психоза.

Социально-психологические факторы:

2. Плохие семейные отношения – представители психодинамического направления считают, что симптомы шизофрении это реакция на патологические отношения в семье или аномальный способ общения в семье.
3. «Мать, провоцирующая шизофрению», «шизофреногенная мать» - Ф.Фромм-Рейхманн (1948), гипотеза «двойных связей» «двойного захвата» - «дабл бай». Р.Лейнг - «шизофрения – разумный ответ на безумие мира».

Социально-психологические факторы:

4. Заболеваемость среди недавних мигрантов выше, чем в общей популяции.
5. Заболеваемость выше в низших слоях индустриально развитого общества.

Две главные западные гипотезы развития шизофренического процесса:

I гипотеза - Это следствие аномалий мозга, развившихся в эмбриональном или фетальном периоде (первый или ранний второй триместры беременности), которые:

в детском и подростковом возрасте проявляются в виде

- Негативных
- Нейромоторных
- Когнитивных нарушений

Которые обнаруживаются, в основном:

- затруднениями в учёбе
- отклонениями в поведении
- низким уровнем социальной адаптации

В **зрелом возрасте** вследствие функционального созревания мозга и появлении возможности продуцировать более дифференцированные реакции, в виде:

- **Аффективных**
- **Идеаторных**
- **Моторных нарушений**

Которые обнаруживаются

- **психотическими (позитивными) расстройствами**

После затухания активных психотических расстройств негативная симптоматика и нейрокогнитивный дефицит остаются неизменными на протяжении всей жизни больного и рассматриваются, как **«статическая энцефалопатия»**

II- гипотеза – (близкая к классическим представлениям)

Шизофрения – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание мозга.

Манифестирование продуктивной психотической симптоматики объясняется эскалацией (движением) активного процесса и прогрессивностью заболевания, что приводит к нарастанию негативных расстройств.

Негативная симптоматика не рассматривается, как необратимое дефектное состояние.

Не отрицается возможность существования когнитивных, негативных и неспецифических нейроморфологических изменений на ранних (преморбидных) этапах развития болезни, включая детский и подростковый возраст.

НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

- Разрыхление ассоциаций
- Соскальзывание
- Смысловые несоответствия
- Чрезмерная обстоятельность, вплоть до вербигераций и словесной окрошки
- Неконтролируемый поток и полный обрыв мыслей

НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

- Расплывчатость, бедность или причудливость содержания речи, паралогии
- Снижение абстрактного мышления
- Неточное соблюдение обычных границ значения отдельных понятий
- Неточность и абстрактность речи, что существенно затрудняет общение
- Контраст между банальностью высказываний и напыщенной формой их произнесения

Бредовые построения при шизофрении

- Чрезвычайно разнообразны и часто касаются: преследования отношения, особого значения, величия, любовного очарования.
- По бредовому интерпретируется и процесс мышления («больной получает или передает мысли на расстоянии, читает чужие мысли, или его собственные доступны восприятию окружающих»).
- Больной 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.

Бредовые построения при шизофрении

- Ошибочной интерпретации может подвергаться распознавание окружающей обстановки и людей.
- В ситуацию и общение может вкладываться не присущий в действительности смысл.
- Характерна интенсивная и непродуктивная сосредоточенность на эзотерических, метафизических, парапсихологических, религиозных идеях.
- Типично, в особенности для обострений, отсутствие сознания болезни, что связано с бредовыми переживаниями, маниакальным аффектом или психологическими защитными механизмами.

Аффективные нарушения при шизофрении

- Отсутствие эмоциональной включенности при общении.
- Снижение эмоционального реагирования или интенсивные и часто неадекватные, непонятные для окружающих вспышки гнева, тревоги или счастья.
- Не соответствие аффекта ситуации и мимико-пластически: средствам его выражения.
- Больные выглядят безразличными, апатичными, гипомимичными, у них замедленная речь и затруднен контакт взора.

Аффективные нарушения при шизофрении

- Больные жалуются на мучительную эмоциональную пустоту, невозможность испытывать какие-либо эмоции, прежде всего радость.
- Отмечается амбивалентность, сочетание разнородных эмоций. Обеднению и неадекватности аффекта часто сопутствует аутизм.
- Особая недоступность больных в контакте, отделенность от окружающего мира.
- Отрыв от реальности с одновременным превалированием внутреннего мира в душевной жизни.
- Отношения больного с окружающими теряют эмпатичность, приобретая характерную дистанцированность и поверхностность.

Обманы восприятия при шизофрении

- Наблюдаются в любой сенсорной модальности.
- Чаще слуховые галлюцинации: разной степени громкости, разборчивости, могут восприниматься внутри головы или извне (содержание "голосов" может включать обвинения, угрозы, оскорбления).
- Зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются менее часто, они могут восприниматься вне поля зрения (например, за головой).
- Обонятельные и вкусовые галлюцинации обычно сопровождают страх отравления при бреду преследования. Наличие осязательных, обонятельных и вкусовых обманов требует исключения органического поражения мозга.
- Сенестетические галлюцинации, часто причудливого характера.

Кататонические симптомы при шизофрении

■ *Нарушения моторики:*

легкая манерность и причудливость отдельных движений и поз, выраженное возбуждение или ступор, стереотипии: ритмические движения туловища, конечностей или гримасы, мигание век (редкое, учащенное или пароксизмально быстрое).

Кататонические симптомы при шизофрении

■ *Нарушения побуждений:*

- 1) изменения количественные (обычно в сторону снижения);
- 2) изменения качественные (негативизм, пассивная подчиняемость).

Обычный когда-то симптом восковой гибкости теперь встречается крайне редко.

Реже встречаются эхολалии и эхопраксии (имитация слов, движений, жестов окружающих).

Кататонические симптомы при шизофрении

- 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.

Негативные признаки шизофрении как симптомы расщепления

- Структурные нарушения мышления:
(разорванность, соскальзывание, неологизмы и псевдопонятия, паралогичность, символизм, вычурная абстрактность умозаключений, резонерство, аутистическое мышление с его дезавтоматизацией, остановками, наплывами, открытостью).
- Эмоциональные уплощения, тупость, несоответствие эмоциональных реакций реальности или другим переживаниям (галлюцинаторным, бредовым).

Негативные признаки шизофрении как симптомы расщепления

- Деперсонализация (раздвоение, замещение, отчуждение самоощущения психического и соматического «Я»).
- Дерезализация (измененность и чуждость окружающего).
- Аутизм (потеря контакта с действительностью, погружение в мир нереальных, фантастических переживаний).
- Снижение и извращение влечений, функций волевой сферы с активным и пассивным негативизмом, амбивалентностью и амбигуенденциозностью (противоречивостью и извращением чувств и влечений).

Продуктивная (позитивная)
симптоматика

Паркинсонизм и другие
побочные эффекты

Ядерная негативная
(дефицитарная)
симптоматика

Явления госпитализма
(вынужденная
отгороженность)

Депрессия
(постшизофреническая,
нейролептическая,
реактивно-личностная)

КОДЫ НЕГАТИВНЫХ (ДЕФИЦИТАРНЫХ) РАССТРОЙСТВ

Отсутствие негативных изменений	0
Изменения, не замечаемые даже лицами ближайшего окружения (в виде некоторой ригидности, ранимости, «стал спокойнее»)	1
Изменения, заметные лишь для лиц ближайшего окружения, в том числе:	
Аутизация с богатством внутреннего мира, с преобладанием хрупкости («стекло»)	2
Аутизация стеническая (экспансивная), в том числе с регрессивной синтонностью	3
Аутизация с огрубением эмоций, сужением интересов	4
Изменения, заметные для широкого круга окружающих, в т.ч.:	
С чудачеством и парадоксальностью	5
Аутизация с бедностью внутреннего мира, эмоциональным уплощением и безразличием	6
С выраженным падением энергетического потенциала, безинициативностью, эмоциональным оскудением	7
С регрессом наиболее рано приобретенных, автоматизированных навыков повседневной деятельности	8
Апато-абулическое слабоумие («руинирование личности»)	9

F20. ШИЗОФРЕНИЯ

- Продуктивные (позитивные) симптомы: бред, галлюцинации, формальное нарушение мышления, вычурное и дезорганизованное поведение.
- Дефицитарные (негативные) симптомы: уплощение и ригидность аффекта, обеднение мышления, обрывы мыслей, признаки когнитивного дефицита, апато-абулия, снижение побуждений, аутизация, десоциализация.

J.S.Strauss, W.T.Carpenter, **Nancy Andreasen**

(Университет Айовы, США) –

за феноменологическим многообразием клинических проявлений шизофрении стоят **2 основных патологических процесса**, проявляющихся двумя группами симптомов – **позитивными** и **негативными**.

Позитивные расстройства являются **активным процессом**. Позитивные симптомы суть искажение или преувеличение психических функций. Это феномены, которые наблюдаются только у больного человека в отличие от здорового

Негативные симптомы – выпадение функций, утрата нормальных функций. Эти феномены присутствуют у здорового человека, но отсутствуют у больных.

Дихотомическая гипотеза Т.Д.Сrow (Клинический исследовательский центр в Мидлэссексе, Англия.)

При шизофрении существуют **два самостоятельных патологических процесса:**

1. С преобладанием и прогрессированием негативной симптоматики
2. С преобладанием позитивных расстройств

Обоснование

1. Расширение желудочков мозга у больных с негативной симптоматикой (и когнитивными нарушениями)
2. Негативные расстройства не реагируют на дофаминблокирующие препараты
3. Повышение D2 рецепторов при позитивной симптоматике

Позитивная симптоматика связана с нейрохимическими процессами

Дефицитарная (негативная и когнитивные нарушения) – с нейроморфологическими (поэтому она не реагирует на лекарственную терапию и возможен исход в слабоумие)

Т.е. существует обратимая и необратимая симптоматика.

Выделено два принципиально разных независимых синдрома шизофрении **I и II типа** (позитивный и негативный)

	Позитивная (I тип)	Негативная (II тип)
Клиника	<ul style="list-style-type: none"> -Преморбид, приближающийся к норме -Относительно острое начало -Преобладание острой симптоматики (галлюцинации, бред, нарушение мышления и поведения), экзацербация и послабление симптоматики -Относительно хорошая социальная и трудовая адаптация 	<ul style="list-style-type: none"> -Преморбид с дефицитарными проявлениями, низкий уровень образования -Скрытое начало -Преобладание негативных расстройств(эмоциональное уплощение, алогия, ангедония, дефицит внимания, недостаток мотивации и волевых импульсов, снижение энергетического потенциала и др.) -Хроническое или злокачественное течение -Социальная и трудовая дезадаптация , разрыв с обществом
Параклинические исследования	<ul style="list-style-type: none"> -Нормальное выполнение психологических тестов -Отсутствие нейроморфологических изменений при различных методах сканирования мозга 	<ul style="list-style-type: none"> -Нарушение выполнения психологических тестов -Признаки церебральной атрофии (во фронтальной области коры, расширение желудочков мозга) - 5%-ное уменьшение веса и

<p>Фармакотерапия</p>	<p>-Хороший ответ на лечение инцизивными нейролептиками</p> <p>-Необходимость применения высоких доз нейролептиков</p>	<p>-Низкая эффективность инцизивных нейролептиков</p> <p>-Большая эффективность малых доз нейролептиков</p> <p>--Эффективность атипичных нейролептиков</p>
<p>Патофизиология</p>	<p>-Гипердофаминэргическая активность</p> <p>-Гиперчувствительность (увеличение плотности) D2 постсинаптических рецепторов</p> <p>-Низкая активность тромбоцитарной MAO</p> <p>-Аномалии скорее нейрохимического, чем структурного плана</p>	<p>-Гиподофаминэргическая активность, преимущественно в префронтальной коре</p> <p>-Нормальная или пониженная плотность D2 постсинаптических рецепторов</p> <p>-высокая активность тромбоцитарной MAO</p> <p>-Снижение мозгового кровотока и метаболизма глюкозы (в дорсолатеральной префронтальной зоне коры)</p> <p>-Повышение чувствительности 5HT_{2a} постсинаптических рецепторов</p> <p>-Потеря нейронов и уменьшение их функциональной активности (снижение объёма серого вещества)</p>

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- Эхо мыслей, вкладывание и/или отнятие мыслей, передача мыслей на расстоянии.
- Бред овладения, воздействия, бездействия относящийся ко всему телу (или конечностям), мыслям, действиям или ощущениям, бредовое восприятие.

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- Галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение больного, другие типы «голосов», идущих из разных частей тела.
- Устойчивые бредовые идеи, совершенно невозможные по содержанию и не свойственные культуральной среде.

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- Устойчивые галлюцинации различных сфер чувств, сопровождающиеся или нестойким полуоформленным бредом с неясной аффективной окраской, или устойчивыми сверхценными идеями в течение недель и месяцев.
- Разорванность мыслей или параллельные мысли, выраженные в инкогеренции, несвязной речи или неологизмах.

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- Кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор.

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- «Негативные» симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками) выраженные:
 1. Апатией
 2. Бедностью и/или неадекватностью эмоциональных реакций.
 3. Социальной отгороженностью.
 4. Социальной непродуктивностью.

F20. Шизофрения.

Общие диагностические указания

- Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения проявляющиеся:
 1. Потерей интересов.
 2. Бесцельностью.
 3. Погруженностью в собственные переживания аутизм.

F20.0. Параноидная шизофрения

Диагностические критерии:

- Общие критерии F20.
- Бред преследования, воздействия, отношения, особого предназначения, телесных изменений, ревности.
- Слуховые галлюцинации — вербальные (угрожающего и/или императивного содержания) и не вербальные (смех, свист и т.д.).

F20.0. Параноидная шизофрения

Диагностические критерии:

- Галлюцинации обонятельные, тактильные, вкусовые, общего чувства, реже – зрительные.
- Неотчетливо выраженные эмоциональные, волевые, речевые, кататонические расстройства.

F20.0. Параноидная шизофрения

Диагностические критерии:

- В острых состояниях расстройства мышления могут затушевывать бредовые и/или галлюцинаторные переживания.
- Возраст начала – обычно третий десяток жизни. Типы течения – эпизодический (с полной или неполной ремиссией) или непрерывный.

F20.1. Гебефреническая шизофрения

Диагностические критерии:

- Общие критерии F20.
- Возраст начала подростковый или юношеский (15-25 лет).
- Злокачественное течение с быстрым развитием «негативных» симптомов.
- Выраженные расстройства поведения, влечений, побуждений.

F20.1. Гебефреническая шизофрения

Диагностические критерии:

- Неадекватный, уплощенный, как правило, приподнятый аффект (дурашливость).
- Разорванные мышление и речь.
- Указанные признаки должны наблюдаться не менее двух-трех месяцев. Типы течения - эпизодический или непрерывный.

F20.2. Кататоническая шизофрения

Диагностические критерии:

- Общие критерии F20.
- Обязательные и доминирующие расстройства:
 1. Ступор
 2. Возбуждение с беспорядочными движениями
 3. Застывания
 4. Негативизм
 5. Ригидность
 6. Восковая гибкость
 7. Эхолалия, вербигирация

F20.2. Кататоническая шизофрения

Диагностические критерии:

- Для неконтактных больных с кататоническими расстройствами диагноз устанавливается условно (с учетом других возможных причин развития кататонических расстройств).
- Кататонические симптомы могут сопровождаться онейроидными переживаниями (онейроидная кататония при рекуррентной шизофрении).
- Типы течения – приступообразно-прогредиентный или непрерывный.

F20.3. Недифференцированная шизофрения

Диагностические критерии:

- Общие критерии F20.
- Настоящий код применяется для полиморфных психотических состояний — кататоно-галлюцинаторных, бредовых и т.д.
- Не отвечает критериям:
 1. параноидной, гебефренической или кататонической шизофрении;
 2. резидуальной шизофрении или постшизофренической депрессии.

F20.4. Постшизофреническая депрессия

Диагностические критерии:

- Общие критерии F20.
- Некоторые шизофренические симптомы продолжают присутствовать, но не доминировать.
- Эти симптомы могут быть позитивными или негативными.
- Депрессивные симптомы являются ведущими и связаны с повышенным суицидальным риском.

F20.5. Резидуальная шизофрения

Диагностические критерии:

- Отчетливые негативные симптомы (психомоторная заторможенность, сниженная активность, эмоциональная уплощенность, отсутствие инициативы, бедность речи, амимичность, снижение социальной продуктивности).
- Наличие в прошлом психотического эпизода.
- Если предшествующий анамнез получить невозможно, то в таком случае ставят диагноз резидуальной шизофрении.

F20.5. Остаточная (резидуальная) шизофрения

Диагностические критерии (обязательные):

- Отчетливые негативные симптомы шизофрении (соответствует понятию стойкого шизофренического дефекта, в том числе – конечного состояния):
 1. Снижение психомоторной активности, пассивность, отсутствие инициативы;
 2. Речевое оскудение;
 3. Оскудение мимики;
 4. Снижение способности к самообслуживанию;
 5. Оскудение социальных контактов.

F20.5. Остаточная (резидуальная) шизофрения

Диагностические критерии (обязательные):

- Наличие в прошлом хотя бы одного ясно очерченного психотического эпизода, отвечающего критериям F20.
- Период, продолжительностью по меньшей мере в один год, в течение которого интенсивность и частота ярких психотических симптомов минимальна или значительно снижена и на первое место выступают негативные симптомы шизофрении.

F20.5. Остаточная (резидуальная) шизофрения

Диагностические критерии (обязательные):

- Отсутствие:
 1. Деменции или иной органической патологии мозга;
 2. Депрессии;
 3. Признаков госпитализма.

F20.6 Простая форма шизофрении

Диагноз ставится при нарастании признаков на протяжении не менее года:

1. Стойкие изменения личностных особенностей (снижение побуждений и интересов, целенаправленности и продуктивности поведения, уход в себя и социальная изоляция).
2. Негативные симптомы (апатия, обеднение речи, снижение активности, уплощение аффекта, пассивность, снижение невербальной коммуникации, недостаток инициативы).
3. Снижение продуктивности в работе, учёбе.

F20.6 Простая форма шизофрении

- Состояние не соответствует для параноидной, гебефрениной, кататонической шизофрении или органического поражения мозга.

F20. Шизофрения. Формы (4-ый знак)

- F 20.0 - Параноидная шизофрения
- F 20.1 - Гебефреническая шизофрения
- F 20.2 - Кататоническая шизофрения
- F 20.3 - Недифференцированная шизофрения
- F 20.4 - Постшизофреническая депрессия

F20. Шизофрения. Формы (4-ый знак)

- F 20.5 - Остаточная (резидуальная) шизофрения
- F 20.6 - Простая шизофрения
- F 20.8 - Другие формы шизофрении
- F 20.9 - Шизофрения неуточнённая

Систематика форм (типов) течения шизофрении

Непрерывнотекущая шизофрения:

- Злокачественная
- Прогрессирующая:
 1. Бредовый вариант
 2. Галлюцинаторный вариант
- Малопрогрессирующая («вялотекущая»)

Систематика форм (типов) течения шизофрении

Приступообразно-прогредиентная
(шубообразная) шизофрения:

- Злокачественная
- Прогредиентная
- Шизоаффективная
- Малопрогредиентная («вялотекущая»)

Систематика форм (типов) течения шизофрении

Рекуррентная шизофрения

Особые формы:

- Фебрильная шизофрения
- Паранойяльная шизофрения
- Малопрогрессирующая («вялотекущая»)

F20. Шизофрения.

Типы течения (5-ый знак)

- F 20.x0 - ...непрерывный
- F 20.x1 - ...эпизодический тип течения с нарастающим дефектом
- F 20.x2 - ...эпизодический тип течения со стабильным дефектом

F20. Шизофрения.

Типы течения (5-ый знак)

- F 20.x3 - ...эпизодический
ремитирующий (рекуррентный)
- F 20.x7 - ...другой
- F 20.x9 - ...период наблюдения менее
года

F20. Шизофрения.

Типы ремиссий (6-ой знак)

- F 20.xx4 - ...неполная ремиссия
- F 20.xx5 - ...полная ремиссия
- F 20.xx6 - ...отсутствие ремиссии
- F 20.xx8 - ...другой тип ремиссии
- F 20.xx9 - ...ремиссия БДУ

Только для F 20.8 - Другие формы шизофрении (7-ой знак)

- F 20.8xx1 - Ипохондрическая шизофрения
- F 20.8xx2 - Сенестопатическая шизофрения
- F 20.8xx3 – Детский тип шизофрении
- F 20.8xx4 - Атипичные формы шизофрении
- F 20.8xx8 - Шизофрения других установленных типов

F21. Шизотипическое расстройство

Общие диагностические указания:

- Отсутствие общих диагностических признаков шизофрении (F20).
- Наличие шизофрении у родственников первой степени родства говорит в пользу данного диагноза, но не является необходимой предпосылкой.

F21. Шизотипическое расстройство

Общие диагностические указания:

- Три или четыре перечисленных признака должны присутствовать постоянно или эпизодически, по меньшей мере, в течение двух лет:

F21. Шизотипическое расстройство

1. Неадекватный и/или уплощенный аффект
2. Чуждающиеся, эксцентричные поведение и внешний вид
3. Сокращение контактов с окружающими, социальная самоизоляция
4. Определяющие поведение странности во взглядах, магическое мышление, не соответствующие культуральным нормам
5. Подозрительность, параноидные идеи
6. Навязчивые, без внутреннего сопротивления, размышления дисморфофобического, агрессивного, сексуального и прочего содержания
7. Иллюзорное восприятие, дереализация, деперсонализация
8. Мышление аморфное, обстоятельное, метафорическое, излишне детализированное, стереотипное, проявляющееся вычурностью речи без выраженной разорванности
9. Эпизодические транзиторные квазипсихотические проявления иллюзорного, галлюцинаторного, бредоподобного характера

F21. Шизотипическое расстройство

- В некоторых случаях перечисленные симптомы являются продромом клинически очерченной шизофрении.
- В данную диагностическую группу следует включать случаи расстройств, которые определяются как вялотекущая или малопрогрессирующая шизофрения.

F21. Шизотипическое расстройство

Настоящая диагностическая группа в адаптированной версии настоящей классификации включает следующие диагностические категории:

F21. Шизотипическое расстройство

- F 21.1. Латентная шизофрения.
- F 21.2. Шизофреническая реакция.
- F 21.3. Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения.
- F 21.4. Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения.
- F 21.5. «Бедная симптомами» шизофрения.
- F 21.8. Шизотипическое расстройство личности.
- F 21.9. Шизотипическое расстройство неуточнённое.

F21. Шизотипическое расстройство

Исключаются:

- Шизоидное расстройство личности (F60.1).
- Синдром Аспергера (F84.5).

F25. Шизоаффективные расстройства

- Представлены симптомы как шизофренного, так и аффективного круга.
- Психотические симптомы могут быть созвучны и несозвучны знаку аффекта.
- Прогноз менее благоприятен, чем при МДП, и более чем при шизофрении.

F25. Шизоаффективные расстройства

- Течение может включать полные ремиссии, прогрессирование или какие-то промежуточные варианты.
- Биполярные варианты течения имеют прогноз, сходный с МДП, депрессивный - с шизофренией.

F25. Шизоаффективные расстройства

Диагноз ставится при следующих критериях:

- Признаки аффективного расстройства (F30-32).
- Наличие симптомов следующих групп:
 1. Открытость отнятию, приёму и передаче мыслей;
 2. Бред воздействия, контроля, чувства сделанности;
 3. Слуховые обманы из отдельных частей тела, комментирующие и диалогические голоса;
 4. Стойкий, вычурный, неадекватный бред;
 5. Разорванность речи, неологизмы;
 6. Транзиторное появление кататонических симптомов.

F25. Шизоаффективные расстройства

Диагноз ставится при следующих критериях:

- Шизофренические и аффективные симптомы представлены одновременно или последовательно в одном обострении; приступы только с шизофренической или аффективной симптоматикой исключают диагноз шизоаффективного расстройства.

F25. Шизоаффективные расстройства

Диагноз ставится при следующих критериях:

- **Подтипы:**
- **F25.0** – маниакальный тип (маниакальные эпизоды F30.1 или F31.1).
- **F25.1** – депрессивный тип (депрессивные эпизоды F31.3-4, F32.1-2).
- **F25.2** – смешанный тип (эпизоды биполярного аффективного расстройства F31.6).

Ранняя детская шизофрения

Инициальный период от 1 до 1,5 лет

- Быстрое угасание психической активности
- Приостановка психического развития

Манифестация в возрасте 2...3 г.

Негативные синдромы:

- Аутизм
- Снижение активности
- Эмоциональное оскудение

Ранняя детская шизофрения

Продуктивные синдромы:

■ *Кататонические проявления:*

1. двигательные, речевые, рудименты кататонических расстройств взрослых (импульсивность, вычурность, стереотипии, выкрики, мутизм, вербигерации, эхолалии, манежный бег, застывания);
2. двигательное возбуждение преобладает.

■ *Гебефренные проявления:*

1. двигательное беспокойство с эйфорией, дурашливостью, необычными позами, манерностью (клоунада).

Ранняя детская шизофрения

Течение с обострениями

Стабилизация процесса с
олигофреноподобным дефектом
("конечное" состояние)

Ранняя детская шизофрения

Регрессивно-кататонический синдром

(до 3-5 лет)

- Сочетание возрастного регресса с кататонической симптоматикой
- Симптомы регресса: падение активности, эмоциональное безразличие, регресс высших форм поведения, моторных навыков и речи

Ранняя детская шизофрения

Регрессивно-кататонический синдром (до 3-5 лет)

- Моторные расстройства (атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьбе, беге, подпрыгивании на цыпочках, ползание вместо ходьбы, стереотипность, монотонность движений в сочетании с хаотическим или импульсивным кататоническим возбуждением).
- Речевые расстройства (эхолалии, шепотная речь, ответы на шепотное обращение, отставленные стереотипные ответы).

Ранняя детская шизофрения

Регрессивно-кататонический синдром (до 3-5 лет)

- Для кататонических синдромов характерно: неполная развёрнутость симптоматики, сменяемость гипотонии гипертонией, нестойкость оцепенения и восковой гибкости, отсутствие негативистического ступора до 5-7 лет неполная идентичность персеверативных движений насильственность и повторяемость движений усложнение после 5 лет за счет амбигуэнтности, стереотипий, мутизмов.

Клиника детской шизофрении

Симптомы:

- Диссоциативного дизонтогенеза
- Регресса развития
- Микрокататонические
- Расстройства бредового регистра отсутствуют или рудиментарны
- Аффективные расстройства лабильны, смешаны, сменяемы
- До 3-5 лет с-ка с латентным течением и стёртыми кататонорегрессивными приступами рассматривается как РДА процессуального генеза

Клиника детской шизофрении

МКБ-10

- От 0 до 7-10 лет

- F84 Общие детские расстройства:

F84.0 Детский аутизм (вкл., инфантильный психоз, аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, синдром Каннера)

Дифференциальный диагноз ведётся с F20
«Шизофрения с очень ранним началом»

Злокачественная шизофрения в детстве

Основные симптомы:

- Явления регресса
- Кататонические
- Кататоно-гебефренические
- Полиморфность

Злокачественная шизофрения в детстве

Основные симптомы:

- Через 0,5-1 год олигофреноподобный дефект со стёртыми резидуальными симптомами:
 1. аффективными
 2. кататоническими
 3. дизонтогенетическими.(Кататонические и гебефренические типы)

Кататонические состояния в возрасте 1-5 лет

- Ходьба или бег: по кругу, маятникообразная, хаотическая, с амбивалентностью и негативизмом (без видимого утомления)
- Импульсивные поступки с неадекватным смехом, слезами, агрессией
- Необычность походки (разлаженность движений с непостоянным ритмом и амплитудой)

Кататонические состояния в возрасте 1-5 лет

- Манерность и гримасничанье
- Расстройства речи с нарастанием мутизма (монотонность, стереотипии, неустойчивость темпа и громкости, вычурность интонаций)
- Расстройства сна
- Моторное и идеаторное возбуждения

Микрокататонические симптомы

- Моторные возбуждения (сменяющиеся беспокойные движения головы, рук, ног)
- Смена возбуждения адинамией (вялость, безучастность к голоду, дискомфорту, отказ от пищи)
- Отсутствует усложнение моторного развития
- Регресс первых приобретённых навыков

Микрокататонические симптомы

- Неочерченные двигательные симптомы (стереотипные взмахи руками, кистями, перебирание пальцами, однообразный бег, монотонная ходьба)
- Особая моторная неловкость движений, походки
- Смена негативизма пассивной подчиняемостью с оттенком каталепсии
- Изменение речи (скандированность, эхолалии, стереотипные повторы слов, контаминации)

Основные методы лечения психических расстройств

Биологическая терапия	Психотерапия (основные психотерапевтические направления по Б.Д. Карвасарскому, 1985)
Психофармакотерапия	Психоаналитическое (психодинамическая психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористское (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическое

Основные методы лечения психических расстройств

Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	"Директивное" (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическое (лично ориентированная психотерапия)
Физиотерапия и другие "аппаратные" методы терапии (оксигенобаротерапия, лазеротерапия, электроанальгезия, магнитотерапия и др.)	
Наркопсихотерапия	

Разрешенные к применению в России нейролептики

- Фенотиазины и другие трициклические производные:
 1. алифатические (алимемазии, промазин, хлорпромазии);
 2. пиперидиновые (перициазии, пипотиазин, тиоридазии);
 3. пиперазиновые (перфиназин, прохлорперазии, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин).

Разрешенные к применению в России нейролептики

- Тиоксантены (зуклопентиксол, флупентиксол, хлорпротиксен).
- Бутерофеноны (сенперидол, галоперидол, дроперидол).
- Замещенные бензамиды (амисульприд, сульприд, сультоприд, тиаприд).
- Производные дибензидиазепина (квентиапин, клозапин, оланзапин).

Разрешенные к применению в России нейролептики

- Производные бензизоксазола
(рисперидон).
- Производные бензизотиазолилпиперазина
(зипразидон).
- Производные индола (дикарбин,
сертиндол).
- Производные пиперазинилхинолина
(арипипразол).

Лечебные мероприятия

- Купирующая терапия;
- Долечивающая или стабилизирующая терапия;
- Коррекция негативной симптоматики и восстановление прежнего уровня социально-трудовой адаптации;
- Профилактическая (поддерживающая) терапия.

Перечень необходимых обследований

- Клинический анализ крови;
- Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин общий, билирубин связанный, билирубин свободный, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза, фосфатаза щелочная, тимоловая проба, протромбиновый индекс);
- Определение сахара крови;
- Исследование крови на RW;
- Исследование крови на ВИЧ;

Перечень необходимых обследований

- Клинический анализ мочи;
- ЭКГ;
- Анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку;
- Бактериологический анализ;
- Консультация терапевта;
- Для пациентов женского пола – консультация гинеколога;
- Консультация невролога;
- Консультация окулиста.

Критерии эффективности терапии острого психоза

- Нормализация поведения, исчезновение психомоторного возбуждения;
- Уменьшение выраженности (исчезновение) продуктивной психотической симптоматики;
- Восстановление критики и сознания болезни.

Классификация побочных действий психотропных препаратов

Акинето-гипертонический (или гипотонический) синдром

- Астения
- Эмоциональная индифферентность – апатико-абулический синдром, психоаффективное безразличие
- Депрессия
- Гипотония
- Мышечная гипертония – паркинсонизм (реже гипотония – релаксация)

Классификация побочных действий психотропных препаратов

Гиперкинетический синдром

- Акатазия
- Тасикинезия
- Тревожное состояние с раздражительностью и нетерпеливостью

Классификация побочных действий психотропных препаратов

Дискинетический синдром

- Синдром Кулленкампа–Тарнова
- Окулогирные кризы
- Кризы моторного возбуждения
- Чувство тревоги, беспокойства, злобности, страха (реже эйфории)