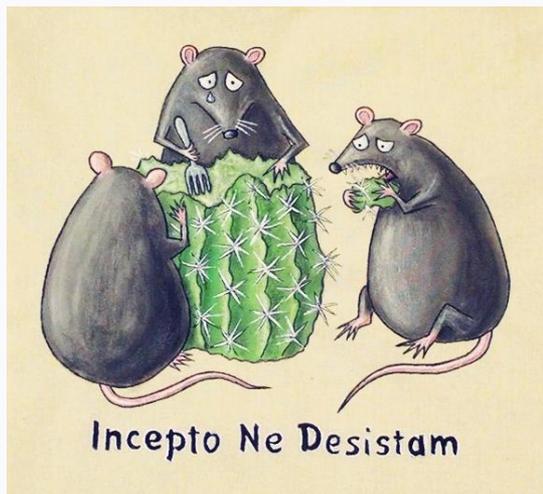




Центр экстренной психологической помощи Московского городского
психолого-педагогического университета
Отдел клинической и профилактической суицидологии филиала ФГБУ
«ФМИЦПН»
им. В.П. Сербского Минздрава России

Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства



к.м.н. Банников Г.С.



Шизофрения групп заболеваний различной этиологии, динамики и последствий

Шизофренические расстройства характеризуются существенными и характерными искажениями мышления и восприятия, а также неадекватными аффектами. Поражают фундаментальные функции которые при дают человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности



Шизофрения и суицид

- Суицид первенствует среди причин смерти при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Уровень суицидальных попыток 10-50%.
- Больные (40-79%) сообщают о суицидальных мыслях хотя бы единожды на протяжении процесса.
- Взаимоотношения между суицидальным риском и возрастом на момент дебюта неоднозначны и строго не доказаны. У большинства подростков, предпринявших суицидальную попытку, диагностированы расстройства шизофренического спектра.
- Также отмечается более высокая вероятность совершения суицидальной попытки, если к моменту первой госпитализации возраст пациента составляет 16-20 лет, при ее снижении у лиц более старшего возраста.



Шизофрения – эндогенное заболевание

Заболевание, которое, наряду с маниакально-депрессивным психозом, относится к эндогенным психозам, «эндогенный» в данном случае означает «имеющий наследственную природу».

Или развивающиеся без видимых причин



Хотя общая концепция безумия существовала на протяжении тысячелетий, лишь в 1893 году шизофрения была выделена в качестве самостоятельного душевного расстройства [Эмилем Крепелиным](#). Он впервые провёл грань, разделив психотические расстройства на то, что он тогда назвал «ранняя деменция»



joyreactor.cc

В 1908 году швейцарский психиатр [Эйген Блейлер](#) описал шизофрению как самостоятельное заболевание, отличающееся от [деменции](#) и ввёл этот термин в психиатрию. Он доказал, что болезнь не обязательно возникает в молодые годы, а может развиваться и в зрелом возрасте. Её главная особенность — не слабоумие, а «нарушение единства» психики, в том числе нарушение ассоциативного мышления.



Распространённость и гендерные различия (Л.Ю. Данилова)

- Колеблется от 2-10 случаев на 1 тыс. населения.
- Возрастная категория от 15-55 лет
- Среди детей и подростков преобладают мальчики.
- Начало заболевания до 10 лет мальчиков в 2-3 раза больше чем девочек, к пубертату 1,5/1

Основные симптомы

Согласно МКБ 10, должен отмечаться хотя бы один из следующих симптомов:

- 1) «Эхо мыслей» (звучание собственных мыслей), выкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей.
- 2) Бред воздействия, моторный, сенсорный, идеаторный автоматизмы, бредовое восприятие (синдром Кандинского-Клерамбо).
- 3) Слуховые комментирующие истинные и псевдогаллюцинации и соматические галлюцинации.
- 4) Бредовые идеи, которые культурально неадекватны, нелепы и грандиозны по содержанию.

Или хотя бы 2 из следующих признаков:

- 5) Хронические (более месяца) галлюцинации с бредом, но без выраженного аффекта.
- 6) Неологизмы, шперрунги, разорванность речи.
- 7) Кататоническое поведение.
- 8) Негативные симптомы (абулия, апатия, обеднение речи, эмоциональная неадекватность, холодность).
- 9) Качественные изменения поведения с утратой интересов, целенаправленностью, аутизмом

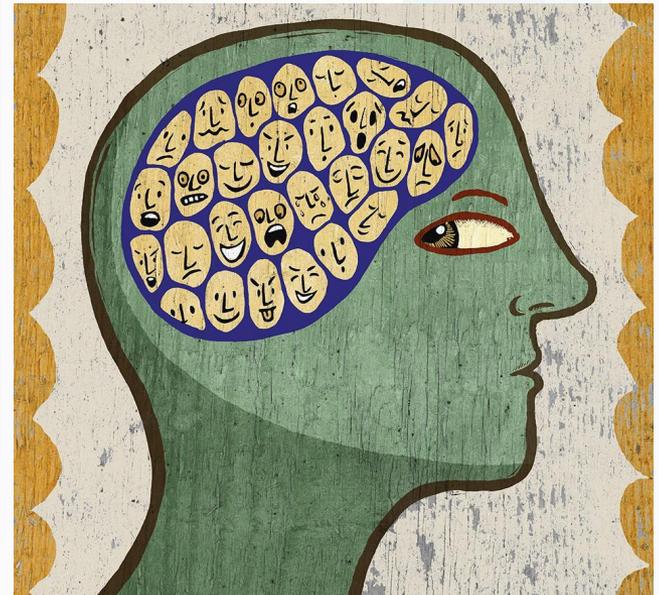




Симптомы первого ранга

Шизофрения: Симптомы первого ранга по К. Шнайдеру (по Р. Шейдеру, 1998)

Открытость мыслей	Ощущение того, что мысли слышны на расстоянии
Чувство отчуждения	Ощущение того, что мысли, побуждения и действия исходят из внешних источников и не принадлежат больному
Чувство воздействия	Ощущение того, что мысли, чувства и действия навязаны некими внешними силами, которым необходимо пассивно подчиняться
Бредовое восприятие	Организация реальных восприятий в особую систему, часто приводящая к ложным представлениям и конфликту с действительностью
Слуховые галлюцинации	Ясно слышимые голоса, исходящие изнутри головы (псевдогаллюцинации), комментирующие действия или произносящие мысли больного. Больной может «слышать» короткие или длинные фразы, невнятное бормотание, шепот и т.д.



Шизофренический дефект

ТИПЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО «ДЕФЕКТА»

- ❖ **Апато-абулический** – максимально выражен дефект эмоционально-волевой сферы (пассивность, бездеятельность, безынициативность, равнодушие к своему облику, здоровью, условиям жизни, неопрятны, отсутствие общения, интересов, утрата социального статуса и т. д.).
- ❖ **Астенический** – негативная симптоматика невелика, интеллект, старые знания и навыки сохранены, но снижен уровень психической активности личности, выражена психическая астения (ранимость, чувствительность), истощаемость, подчиняемость, зависимость, неуверенность в себе, стремление быть с сродственниками
- ❖ **Неврозоподобный** – на фоне эмоционального притупления, нерезких расстройств мышления преобладание картины и жалоб, соответствующих неврозу.
- ❖ **Психопатоподобный** – резкие негативные изменения в эмоциональной и интеллектуальной сферах, возбудимость, истероформность, неустойчивость, мозаичность.
- ❖ **Псевдоорганический** – психопатоподобный в сочетании с брадипсихией, инстинктивной расторможенностью.





Классификация вариантов шизофрении

- **По типу течения различают:**
 - 1. Непрерывно-прогредиентная шизофрения.
 - 2. Приступообразная
 - а) приступообразно-прогредиентная(шубообразная)
 - б) периодическая(рекуррентная).
- **По этапам:**
 - 1. Инициальный этап(от первых признаков заболевания (астения) до манифестных признаков психоза(галлюцинации, бред и т.д.).
 - 2. Манифестация заболевания: сочетание дефицитарных и продуктивных симптомов .
 - 3. Конечный этап. Выраженное преобладание дефицитарной симптоматики над продуктивной и застывание клинической картины.
- **По степени прогредиентности (скорости развития):**
 - 1. Быстропрогредиентные (злокачественные);
 - 2. Среднепрогредиентные (параноидная форма);
 - 3. Малопрогредиентная (вялотекущая).



Параноидная форма (F 20.0)

- Встречается чаще, чем другие. Ведущим в клинической картине данной формы является бред.
- Для нее более типично постоянное существование бреда и псевдогаллюцинаций без заметных ремиссий.
- Начало заболевания в большинстве случаев приходится на период молодости и зрелости (25-40 лет).
- Эмоциональный дефект в большинстве случаев нарастает постепенно и позволяет больным длительно сохранять социальные связи, трудоспособность, сохраняют семью.
- При более раннем начале заболевание течет злокачественно.



Широко известна история **Джона Нэша**, американского математика, у которого еще в колледже проявлялись первые симптомы параноидной шизофрении. Несмотря на диагноз, Д. Нэш продолжал свои исследования. В 1994 году за свои работы был награжден Нобелевской Премией. История жизни Д. Нэша легла в основу биографии и художественного фильма «Игры разума».





Некоторые синдромы шизофрении наиболее часто встречающиеся у подростков

- Дисморφοфобия-дисморфомания
- Метафизическая интоксикация
- Идеи/бред отношения
- Идеи/бред заражение («грязи кругом»)
- Бредоподобное фантазирование
- Ранние приступы (абортивные) шизофрении





Дисморфофобия-дисмофомания

- Чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела.
- Обычно начинается в молодом или подростковом возрасте. Сопровождается высоким риском суицида.
- Жалуются на несколько определённых «дефектов», один «дефект», неопределённую особенность или внешний вид.
- Страдают важные стороны жизни больного — способность работать, нормально жить в обществе, обслуживать себя.





Метафизическая интоксикация

Психопатологический синдром характеризующийся:

- размышлениями на отвлечённые темы,
- поверхностность суждений,
- резонерство, отрыв от реальности,
- отсутствие критики





Идеи/бред отношения (А.Е. Личко)

Подросток считает, что все на него **по-особому** смотрят, усмеваются, перешёптываются между собой.

- Причина такого отношения чаще всего видится в дефектах своей внешности.
- Уверен, что по его глазам догадываются, в его неблагоприятных поступках.
- Идеи отношения обостряются в окружении малознакомых сверстников, среди глазееущей по сторонам публики, в вагонах транспорта.





Бред заражения (А.Е. Личко)

- Нередко бывает спаян с враждебным отношением к матери, которую обвиняют в нечистоплотности, разнесении заразы.
- Особенно часто встречаются мысли о заражении венерическими болезнями, притом у подростков, не имевших интимных отношений.





Бредоподобное фантазирование

Фантазирование на темы:

- Власть
- Садизм
- Сексуальность

Сниженная критика к своему состоянию

Нарушения мышления – резонёрство, соскальзывание.



Ранние приступы (абортивные) шизофрении (А.Е. Личко)

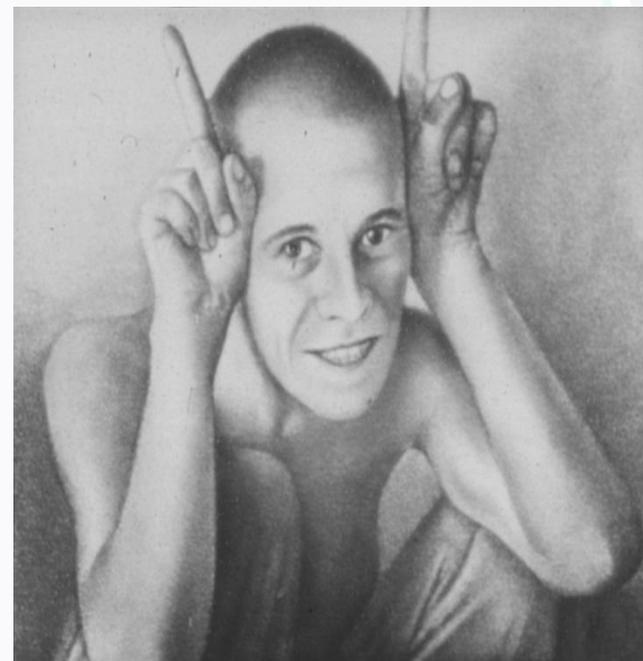


- Нелепые поступки, которые подросток сам впоследствии не может объяснить
 - Эпизодические галлюцинации
 - Бредовые эпизоды (от минут до нескольких часов)
 - Аффективные приступы страха
- Подросток 14 лет, придя домой из школы и оставшись один в комнате (бабушка на кухне), повесился на перекладине, на которой обычно занимался гимнастикой.
 - Остался жив лишь потому, что оборвалась веревка.
 - Очнувшись, тут же сел за приготовление домашних заданий.
 - Никаких психических травм, никаких конфликтов в семье, в школе, с товарищами не было.
 - Врачу признался, что сам не мог понять своего поступка. Через 3 года,— приступообразная шизофрения.



Гебефреническая форма (F 20.1)

- Одна из наиболее злокачественных форм шизофрении.
- Диагноз основывается на преобладание в проявлениях болезни детскости и нелепого дурашливого возбуждения.
- В настроении превалируют пустая , непродуктивная эйфория, кривлянье, неадекватный смех , сменяющиеся приступами негодования, агрессии, бессмысленного разрушения.
- Речь, нередко сопровождается циничной бранью. Поведение складывается из целенаправленной активности в сочетании с упрямством и негативизмом.
- Заболевание начинается в подростковом возрасте (13-15 лет) и в дальнейшем течет безремиссионно .





Кататоническая форма (F20.2)

- Кататонический ступор – больной длительное время сохраняет вычурную неестественную, неудобную позу, не чувствуя утомления.
- Другими симптомами кататонии являются стремление копировать движения, мимику и высказывания собеседника.
- Кататонические симптомы могут сопровождаться помрачением сознания или возникать на фоне ясного сознания.



Кататоническая шизофрения (восковая гибкость)

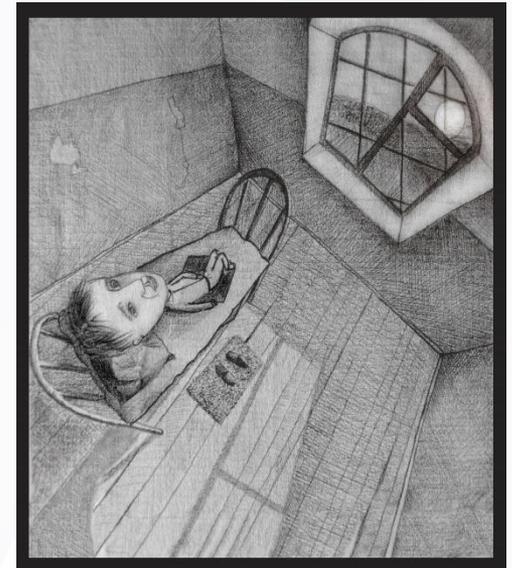


Кататоническая шизофрения (восковая гибкость, симптом хоботка)



Постшизофреническая депрессия

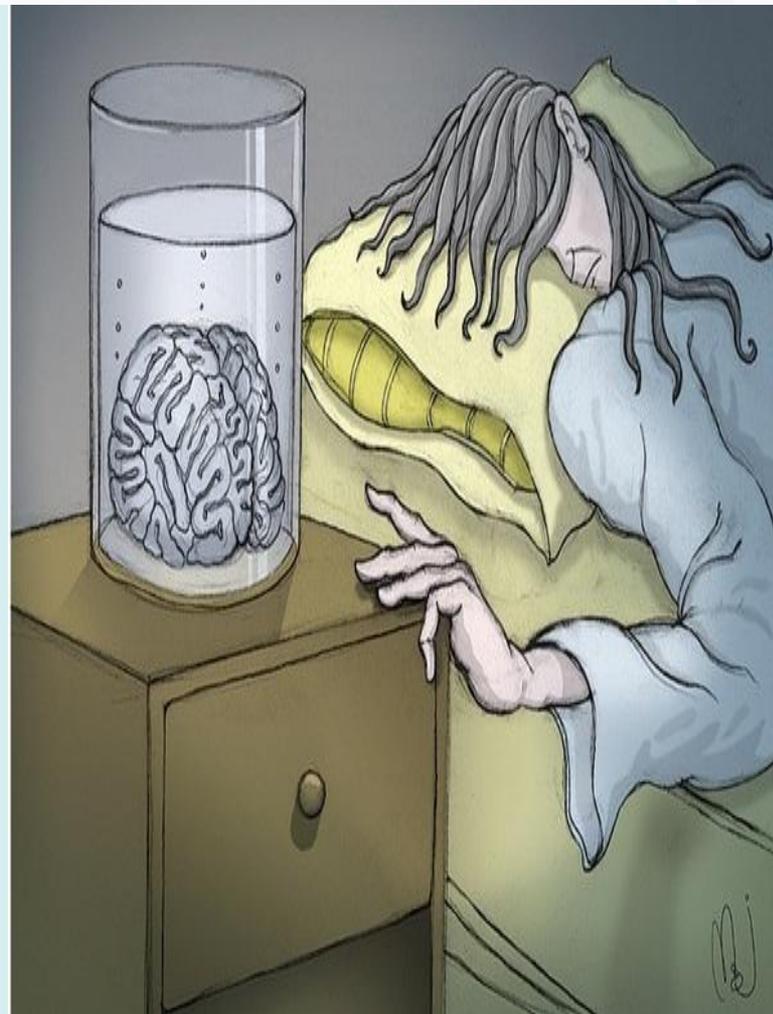
- Депрессивный эпизод, который может быть длительным, возникающий как следствие заболевания шизофренией.
- С этими депрессивными состояниями связан повышенный риск самоубийства.





Простой тип шизофрении

- Расстройство, при котором наблюдается незаметное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособности удовлетворять требованиям общества и снижение всех видов деятельности.
- Характерные негативные черты остаточной шизофрении (например, уплощение аффекта и потеря воли) развиваются без каких-либо явных предшествующих психотических симптомов.





Острые и преходящие психотические расстройства

Разнородная группа нарушений, характеризующихся острым началом психотических симптомов, таких, как **бред, галлюцинации и расстройства восприятия, и тяжелым нарушением обычного поведения.**

Под острым началом понимают быстро нарастающее развитие в течение дней, недели. двух недель или менее).

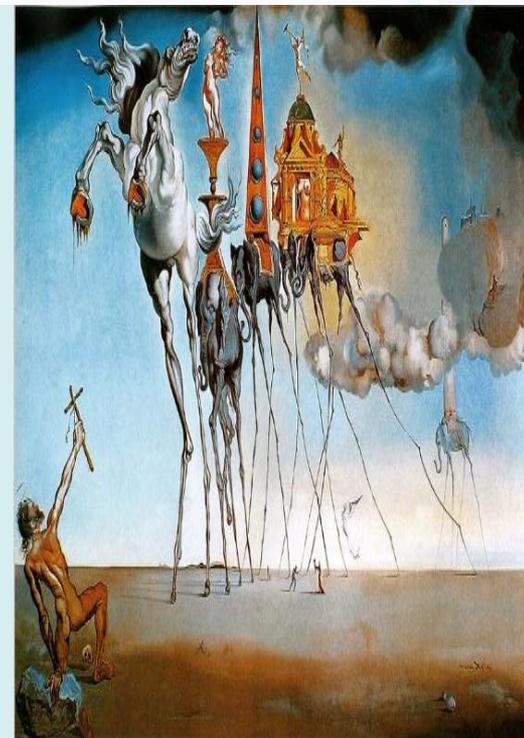
Часто отмечаются растерянность и недоумение





Шизотипическое расстройство

Чудаковатые, эксцентричные или странные;
плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение;
Необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышления, проявляющееся странной, вычурной речью.





Речь шизофреника





Типы семей шизофреников

- *Хаотичные* семьи, в которых один из родителей является шизофреником и лишь в минимальной степени включается в семейное взаимодействие.
- *Ригидные* семьи с бедной эмоциональностью, схематизированными отношениями, пунктуально соблюдаемыми способами поведения и сильным доминированием одного из родителей. Это приводит к ограничению свободного развития самости.
- *Патогенный симбиоз* характерен для третьего типа семьи характерен между одним из родителей (чаще матерью) и будущим пациентом. Сильная привязанность матери к ребенку является «заменой» в связи с ее разочарованием в браке.





1- тип суицидального поведения обусловлено психогенными реакциями в **ответ на неблагоприятные средовые воздействия** и наблюдается при вялом, малопрогрессирующем течении процесса, а также в ремиссиях при приступообразном течении.

Характерна относительная сохранность больных, критичность, «откликаемость» на ситуацию.

Преобладают мотивы осознание собственной несостоятельности в различных сферах деятельности.

Суицидальный риск выше при астенических и психопатоподобных типах ремиссий.



2-тип суицидогенного поведения

- Наблюдается суицидальное поведение, **обусловленное психотическими расстройствами при простой форме шизофрении с изменением личности**, синдромом метафизической интоксикации, аутистически-пессимистическим мировоззрением, инакомыслием.
- Суицидогенные конфликты складываются в абстрактной, виртуальной сфере; преобладают депрессивно окрашенные представления о бессмысленности жизни и бесперспективности бытия.
- Для этих больных характерна суицидомания с хронически высоким суицидальным риском.



3-тип суицидогенного поведения

- Психотический вариант суицидального поведения встречается при остром развитии аффективно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступов.
- Патологическая мотивация суицидального поведения связана с бредовыми идеями несостоятельности, самообвинения, осуждения, преследования, физического воздействия, ипохондрическими и бредом ревности, вербальными галлюцинациями, в том числе императивного характера; различными деперсонализационными и сенестопатическими расстройствами; патологическими изменениями самооценки; первичной утратой смысла жизни.



Мотивы суицидального поведения больных шизофренией (М.Б. Данилова и Т.И. Пепеляева (1987))

- **неопределенная угроза (переживания интенсивного качественно к неопределенного страха по типу надвигающейся катастрофы);**
- **угроза личностного опустошения и деградации (переживание нарастающей психической дезорганизации);**
- **изменение мировосприятия (переживание утраты способности эмоционального реагирования на окружающее);**
- **изменение самоощущения (переживание собственной измененности);**
- **несправедливое отношение (переживание незаслуженного обвинения, осуждения),**
- **несостоятельность (переживание собственной неполноценности);**
- **падение престижа (переживание низкой оценки себя со стороны окружающих;**
- **первичная утрата смысла жизни (переживание бесцельности и бессмысленности собственного существования**



Работа с пятью основным измерениям Я-сознания

Расстройства Я-витальности.

В. находился в состоянии кататонического ступора и часто дышал. Как он сказал об этом после выхода из ступора, В. вынужден был это делать для того, чтобы чувствовать свою витальность.

Успешная терапия состояла в следующем: «Я дышу с Вами, Вы дышите со мной».

Это означало, что терапевтическое сопровождение и терапевтическое побуждение к элементарному процессу дыхания служит цели укрепления уверенности в себе («я пока еще дышу») и переживания общности.



Расстройства Я-активности

На телефон доверия позвонила девушка пребывающая в состоянии выраженного страха, растерянности, негативно оценивающая происходящее, с жалобами: «Я боюсь ног своей матери. Чем ближе к ней я подхожу, тем сильнее увеличиваются ее ноги и тем меньше становятся мои собственные».

В подростковом возрасте предлагается обхватить обеими руками свои собственные ноги и при этом представить себе, что это ноги ее матери, которые она может обхватывать и движениями которых может управлять. Это уменьшило ее страх.

При этом постоянно подчеркивается, что человек самостоятельно управляет своими движениями (он — «господин своих движений»).



Расстройства Я-связности.

М. болезненно чувствует свой распад, свое разложение. Он в ужасе застывает, держа руки на туловище для того, чтобы удержать свое тело, наклонив его вперед.

Во время терапии мы договариваемся о том, чтобы он лег на мат (коврик) и съежился, переворачиваясь при этом на бок и живот, так, как это делают собака, сворачиваясь в клубок, обретая покой для сна, еж, превращающийся в колючий шар для защиты от угрозы, или черепаха, прячущаяся в свой панцирь.

Эти мероприятия приносят М. пользу. Он «собирается» и обретает уверенность в собственной согласованной связности.

С этого начинаются упражнения по усилению осознания единства и сплоченности собственного тела. Подтягивание на канате, преодоление сопротивления, толкание тяжести, целевое использование гимнастических палок или игра в мяч могут



Расстройства Я-отграниченности

Р. не чувствует уверенности в собственных границах и испытывает страх, когда к нему кто-то приближается. Терапевт приносит ему мат (коврик); ее собственный коврик используется только для терапевтических сеансов, ее территория четко маркируется.

Она дает пациенту в руки палку. Затем она отходит на такое максимальное расстояние, которое позволяет размер комнаты, и говорит больному: «Я буду медленно подходить к Вам. Когда я приближусь к Вам, ударьте палкой по полу, и я тотчас же остановлюсь. Так лучше определить близость и дистанцию. Вы сможете маркировать Ваши границы».

После нескольких подобных упражнений терапевт подходит так близко, как это позволяет палка в руках пациента. Затем пациент обучается определять границы вербально, говоря: «Хватит, теперь прекратите».

Он обучается общаться с другими и с помощью слов управлять этим общением. От прямого соматического успокоения больной уклоняется, так как на этой стадии оно вызывает страх.



Я-идентичность

Позвонил молодой человек с жалобой на измененность восприятия своего лица как «Оно как пластиковое».

Стратегия консультанта

- Особая концентрация на лице и руках.
- Собственными руками обследовать свое лицо (почувствовать его тепло, пульс, мимические движения). Наблюдение собственного лица в зеркале. С помощью рук убедиться в существовании своего тела.



Вопросы, которые должен прояснить консультант для оценки степени тяжести психического состояния абонента

1. Наличие запроса, в начале беседы, в ее процессе?
2. Насколько запрос адекватен возникшей ситуации?
3. Может ли абонент описать свое состояние (мысли, чувства, поведение, телесные ощущения)?
4. Какой он видит выход из сложившейся ситуации (адекватность)?
5. Кого, или что он рассматривает в качестве ресурса в сложившейся ситуации?
6. Как он воспринимает Ваши рекомендации?
7. Насколько абонент критичен к себе и сложившейся ситуации?
8. Насколько высок риск суицида?

ВАЖНО: 1. Прояснять социальное положение клиента 2. В процессе разговора искать «здоровую часть личности», ту которая что то боится воздействуя через нее мотивировать к обращению к специалистам.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

e-mail: bannikov68@mail.ru



Аутоагрессивное поведение

Самоповреждение является актом самоутверждения, проверкой собственной активности и спонтанности.

Существует точка зрения, что жертва саморазрушительных сил, направляя их против себя, гасит гнев, ненависть, разочарование и, вызывая у себя болезнь, доказывает, что жизнь не пустая фантазия, что в своем богоподобном одиночестве он способен создать новый мир. Пациент в конечном счете является «жертвой собственных страстей» — эта ошибочная мысль часто высказывалась ранним представителем психодинамического направления Heinroth (1818).



Описания шизофреноподобных симптомов встречаются уже в 2000 году до нашей эры в «Книге Сердец» — части древнего египетского папируса Эберса. Изучение древних греческих и римских источников говорит о том, что, вероятно, в обществах того времени были осведомлены о психотических расстройствах, но не встречается описаний, которые удовлетворили бы современным критериям шизофрении. В то же время симптомы, напоминающие шизофрению, отмечены в арабских медицинских и психологических текстах, датируемых Средними Веками



Высокая частота суицидных попыток

- у больных прогрессивной параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо — у половины больных, из них у 15% они закончились летально.
- На высокий риск самоубийства при шизофрении указывают бредовые идеи преследования или воздействия, острое начало приступа, наличие угрожающих или приказывающих «голосов», сенестопатий и дисморфофобии.
- Для шизофрении особенно характерны комбинированные способы совершения самоубийств.

Особенности кризисного вмешательства



- 1) осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией;
 - 2) почувствовать возможность установления отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам;
 - 3) разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком.
- В процессе терапии инфантильное отношение к родителям переходит в формы зрелого и независимого поведения.
 - Соответственно терапевт не должен создавать иллюзию всемогущества; он избегает как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны пациента.



Стратегии кризисной психотерапевтической помощи

- Преодоление дуалистического расщепления тела и души путем присоединения телесной терапии (предостережение: вследствие приема нейролептиков возможно ухудшение чувства витальности и активности).
- Индивидуальная, преимущественная ориентированная на речевое взаимодействие психоаналитическая психотерапия.



Краткие тезисы для присоединения соматической терапии, основанной на Я-психопатологии

Я-витальность

Побуждение к тому, чтобы чувствовать свое тело, показателями деятельности которого является дыхание и определяемый на ощупь пульс: лицо лежит в руках терапевта, руки и пальцы настроены на самовчувствование. Туловище сгибается и выпрямляется (предотвращать падение назад). Хождение (босиком), стояние, лежание на полу, представление о том, что тело сильно связано (например, в плечах), удерживание



Я-активность

- Выполнение целенаправленных движений, особенно руками, например сгибание пальцев, поднятие с пола карандаша, мела, палки, писание на доске. Остановка движений, ускорение их, возврат к прежнему ритму (без всякой попытки неврологического обследования).
- При этом словесно подчеркивается, что пациент самостоятельно управляет своими движениями (он — «господин своих движений»). Толкание, удержание, волочение, упаковка.



Я-согласованность/ Телесные функции как средство подчеркивания связи центра и периферии, связность Руки охватывают собственное тело.

- **Сворачивание в клубок (еж, черепаха, охотничья собака) в положении на животе, на боку.**
- **Толкание (руками, с помощью палки, ногами), подтягивание (на канате), подбрасывание (мяча).**



Я-отграниченность

- Маркирование собственной сферы (меловой круг на полу, коврик (мат), кольцо).
- Установление границы по отношению к терапевту — механически посредством палки, акустически, вербально — «задавать тон». Пациент сам определяет близость и дистанцию.
- Ступенчатое приближение к пациенту (опасаться соприкосновения). Наглядно выяснять границы собственного тела путем растирания, постукивания, давления, укладывания, отталкивания, стягивания с помощью палки, отталкивания без помощи подсобных средств (пальцы, руки, предплечья, ноги, стопы, при стоянии, сидя, лежа). Перетягивание палки, каната, удерживание друг друга без посредства предмета.



Расстройства Я-идентичности

С. повторно ощупывает свое лицо, трогает щеки, подходит к зеркалу и внимательно смотрит на себя. Иногда она, глядя на свое лицо, сетует: «Оно как пластиковое».

Во время терапии С. предлагается сесть на пол напротив терапевта, положить свое лицо на ее руки, закрывшись своими руками, как шалью, для того, чтобы отдохнуть и отгородиться от окружающего мира.

Терапевт разъясняет и настойчиво повторяет, что пациентка должна представить себе: теперь, когда мое лицо чувствует живое тепло Ваших рук и, наоборот, мои ладони воспринимают мое собственное тепло, я должна обрести уверенность в себе, в истинности собственного существования.