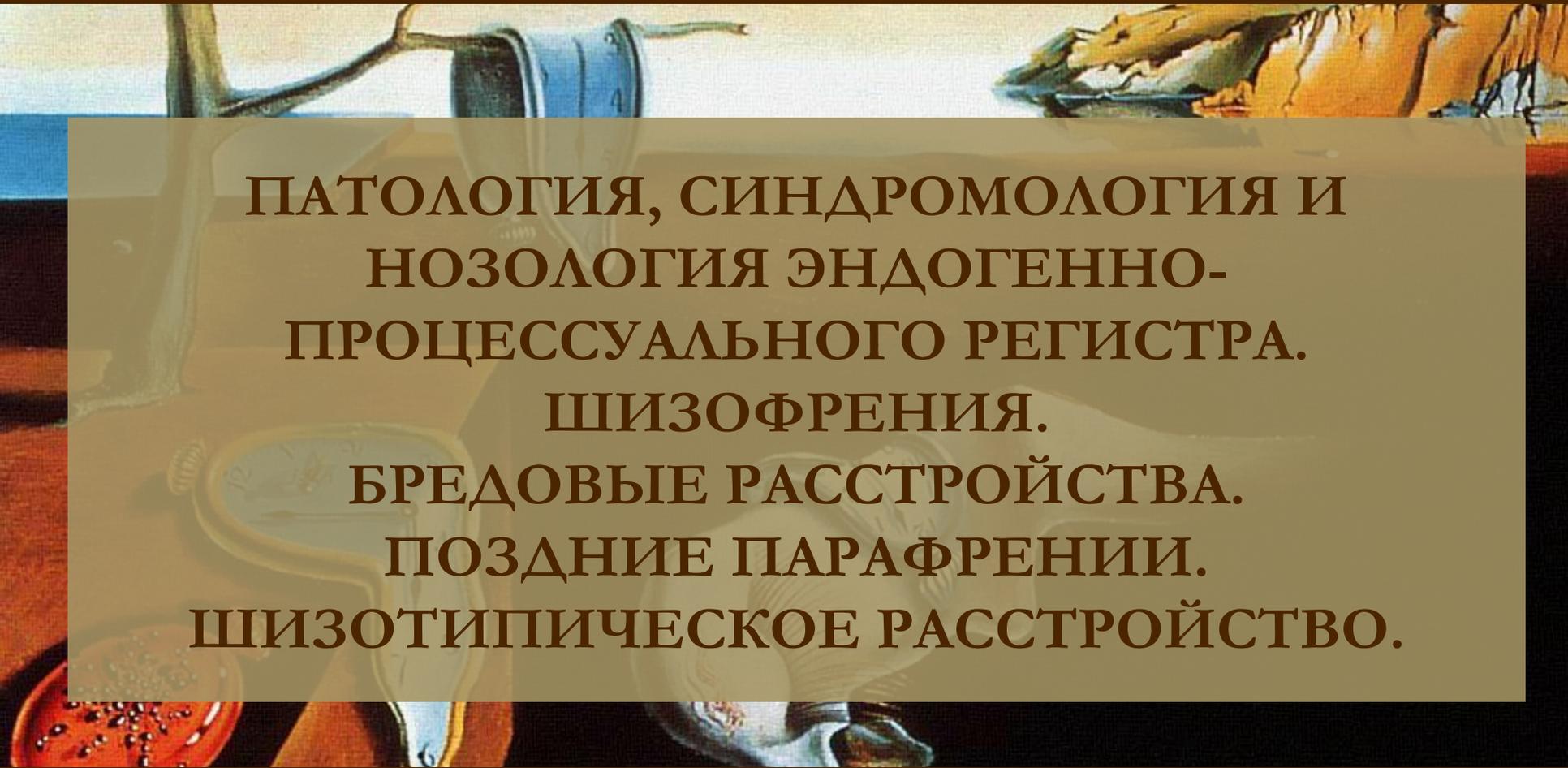


ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии,
наркологии и сексологии



**ПАТОЛОГИЯ, СИНДРОМОЛОГИЯ И
НОЗОЛОГИЯ ЭНДОГЕННО-
ПРОЦЕССУАЛЬНОГО РЕГИСТРА.
ШИЗОФРЕНИЯ.
БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА.
ПОЗДНИЕ ПАРАФРЕНИИ.
ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО.**

Заведующий кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской
психологии, наркологии и сексологии
д.м.н., проф. В. В. Чугунов

ДЕФИНИЦИЯ

Шизофрения – эндогенное прогредиентное полиморфное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических процессов, длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящее к психическому дефекту в виде изменения личности, инвертированности, эмоционально-волевому обеднению, снижению энергетического потенциала.

др греч.

σχίζω

– раскалываю

φρόνη

– ум, рассудок

ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Швейцарский психиатр E. Bleuler ввел термин «шизофрения» для характерного расщепления психических процессов, утрату цельности, функциональной взаимосвязи между мышлением, эмоциями, поведением (1857-1939)

Немецкому психиатру Kraepelin как нозологической единицы “раннее слабоумие” (dementia praecox)

(1856-1926)

Бельгийский психиатр Morel впервые использовал термин «раннее слабоумие» (démence précoce) (1809-1873)

Немецкий психиатр Hecker ввел понятие гебефрении (1843-1909)

Немецкий психиатр Kahlbaum описал симптомы кататонии (1828-1899)

ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Четыре «А» E. Bleuler



ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Эмиль Крепелин:

- "Раннее слабоумие"
(Dementia praecox, 1896)
- Начало в пубертатном
возрасте
- Прогрессирующее
течение
- Исход в слабоумие
особого типа



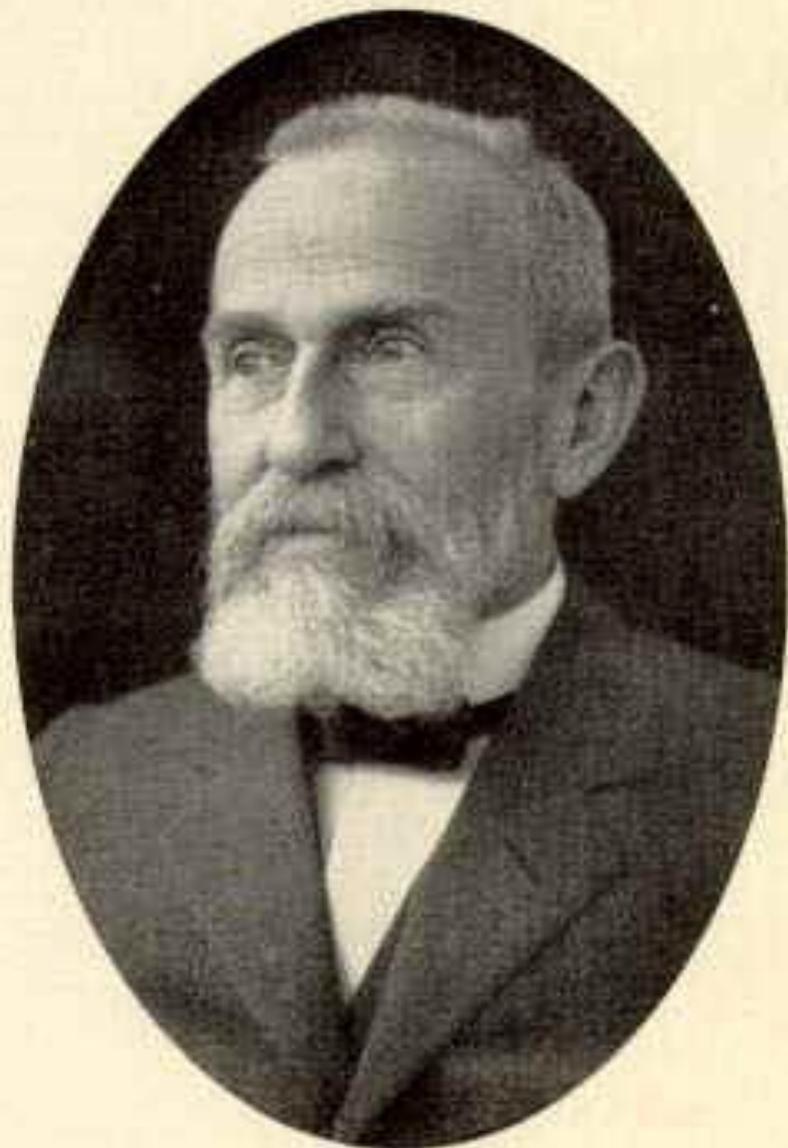
ИСТОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Эуген Блейлер

- ◎ «шизофрения» (1911)
- ◎ «ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ»

Четыре «А»:

- ◎ Аутизм
- ◎ расстройства
Ассоциативного синтеза
- ◎ Эмоционально-волевые
расстройства (Апатия и
Амбивалентность)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ

- Распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0.8 - 1%
- Заболеваемость составляет 15 на 100 000 населения
- Наибольшая заболеваемость в возрасте 20-29 лет
- Мужчины : Женщины = 1 : 1

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ШИЗОФРЕНИИ

- Наиболее инвалидизирующее из всех психических заболеваний
- Снижение качества жизни самих больных и их близких
- Социальный «дрейф» – снижение социального уровня жизни больных
- Реже вступают в брак и имеют детей
- Уменьшение продолжительности жизни в среднем на 10 лет
- 30% больных совершают суицидные попытки, 10% совершают законченный суицид
- Более 50% коечного фонда
- 75% курят, 40% алкоголизируются, до 30% употребляют ПАВ
- 40% всех госпитализаций
- Высокие затраты здравоохранения на лечение (США – 50 млн.)

ЭТИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ

ГИПОТЕЗЫ

Генетическая

Неблагоприятное
воздействие среды

Психодинамическая

«Стресс-диатез»

Аутоиммунная

Инфекционная

Нейромедиаторная



ПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Нейротрансмиттерные нарушения

- **Дофаминовая теория**
повышение дофаминергической активности в мезолимбическом пути
снижение дофаминергической активности в мезокортикальном пути

Серотониновая теория

Морфологические изменения

- атрофия префронтальной коры

ПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ

в зависимости от 2 типов шизофрении
по Crow T. (1985)

ПОЗИТИВНАЯ



- гипердофаминергическая активность
- преобладание продуктивной симптоматики
- минимальные структурные нарушения
- относительно удовлетворительная адаптация
- хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов)

НЕГАТИВНАЯ



- гиподофаминергическая активность
- атрофия серого вещества в префронтальной коре
- преобладание негативной симптоматики
- скрытое начало
- хроническое или злокачественное течение
- эффективны атипичные антипсихотики (больше блокируют серотониновые, чем дофаминовые рецепторы)

КЛИНИКА ШИЗОФРЕНИИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

(дефицитарные)

– определяют нозологическую диагностику шизофрении

Нарушения воли и влечений

Эмоциональные расстройства

Формальные нарушения мышления

ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

(продуктивные)

– определяют форму заболевания

Бредовые идеи

Галлюцинации

Психические автоматизмы

Маниоформные, депрессивные проявления

Двигательно-волевые нарушения

«СХИЗИС»

– «расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого

❖ Мыслительные процессы – разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации

❖ Эмоциональные процессы – эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность

❖ Аутизм – разрыв между внутренним миром больного и внешним

❖ Утрата границ своего «Я»: чувство, что собственные психические процессы навязаны, «сделаны» кем-то извне (психические автоматизмы при синдроме Кандинского-Клерамбо)

❖ Волевые процессы - утрата единого волевого стержня личности, направляющего деятельность человека, определяющего его поведение.

Классификация

Клинические формы

- F20.0 Параноидная шизофрения
- F20.1 Гебефреническая шизофрения
- F20.1 Гебефреническая шизофрения
- F20.3 Недифференцированная шизофрения
- F20.4 Постшизофреническая депрессия
- F20.5/ Остаточная шизофрения
- F20.6/ Простой тип шизофрении
- F20.8/ Другой тип шизофрении
- F20.9/ Шизофрения неуточненная

Типы течения

- F20.x0 непрерывный;
- F20.x1 эпизодический с нарастающим дефектом;
- F20.x2 эпизодический со стабильным дефектом;
- F20.x3 эпизодический ремиттирующий (рекуррентный);
- F20.x7 другой;
- F20.x9 период наблюдения менее года.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ

Типы течения

НЕПРЕРЫВНЫЙ

ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ

- F20.x0 непрерывный;
- F20.x1 эпизодический с нарастающим дефектом;
- F20.x2 эпизодический со стабильным дефектом;
- F20.x3 эпизодический ремиттирующий (рекуррентный);
- F20.x7 другой;
- F20.x9 период наблюдения менее года.

Простая форма шизофрении

- Позитивные симптомы отсутствуют
- негативные симптомы быстро нарастают, достигая степени шизофренического дефекта
- Течение прерывно-прогредиентное



Простая форма шизофрении
(анорексия вследствие апато-абулического дефекта)

Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте
- Доминирует гебефренический синдром (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).
- Кататонические включения
- Иногда - эпизодические галлюцинации и отдельные бредовые переживания
- Течение злокачественное, непрерывное
- остановка психического развития на возрасте манифестирования заболевания





Гебефреническая шизофрения (гебефреническое возбуждение)

Параноидная шизофрения

- Доминирует галлюцинаторно-параноидный синдром.
- Возможна трансформация синдрома: паранойяльный → параноидный → парафренный
- Течение непрерывное либо приступообразное
- непрерывно-прогредиентной и приступообразно-прогредиентной



Параноидная шизофрения
(вычурная поза, галлюцинаторно-параноидный синдром)



Параноидная шизофрения
(парафренный синдром)

Кататоническая шизофрения

- Начинается с эпизода психомоторного возбуждения.
- Ведущий синдром – *кататонический*
- *Варианты:*
 - люцидная (светлая) кататония (без нарушения сознания, имеет злокачественное течение)
 - онейроидная кататония (с полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением)
 - Иногда – онейроидные, параноидные включения
 - Течение – приступообразное
 - Дефект: изменчивость аффективных проявлений с внезапными переходами от аффективной тупости к немотивированной взрывчатости



Кататоническая шизофрения (восковая гибкость)



Кататоническая шизофрения (восковая гибкость, симптом хоботка)



Кататоническая шизофрения (восковая гибкость)

Фебрильная шизофрения

*приступы онейроидной **кататонии** при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств*

- при значительном подъеме температуры (более 40) и развитии трофических нарушений представляет угрозу для жизни больных (!)
- требует дифференциальной диагностики с ЗНС (злокачественным нейролептическим синдромом)
- показано применение высоких доз аминазина и/или ЭСТ

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ «ДЕФЕКТ»

**– необратимые изменения личности
появившиеся в процессе течения
заболевания и объединяющие негативную
симптоматику, остаточные симптомы
активного процесса, компенсаторные
образования и сохранившиеся качества
личности**

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 родственниками
- ❖ **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.

ТИПЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО «ДЕФЕКТА»

- **Тимопатический** – «нажитая циклотимия».
- **Гиперстенический** – появление после шуба ранее несвойственных черт: пунктуальности, строгой регламентированности режима, питания, «правильности» и гиперсоциальности и другие.
- **Параноидный** – наиболее выражены расстройства в сфере мышления, интеллект сохранен, негативная симптоматика выражена средне. В структуре дефекта – резидуальные бредовые и галлюцинаторные переживания, появляется склонность к образованию паранойяльных идей, при этом нет их эмоциональной окраски и склонности к их расширению и систематизации.
- **Гипоманиакальный** – своеобразная диссоциация психических функций без адекватного эмоционального содержания.
- **Смешанный** – комбинация различных типов.

ПРОГНОЗ

- Неизлечима
- Возможны длительные ремиссии
- Прогноз во многом зависит от типа течения заболевания
- Чем раньше дебют, тем хуже прогноз
- Прогноз лучше при наличии аффективной симптоматики в клинической картине
- Прогноз хуже при плохой адаптации в преморбиде
- Прогноз хуже при негативной шизофрении, чем при позитивной (по Crow Т.)
- Прогноз хуже при отсутствии критики к заболеванию и плохом комплайенсе (готовности следовать предписаниям врача)
- При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая социальная адаптация больных

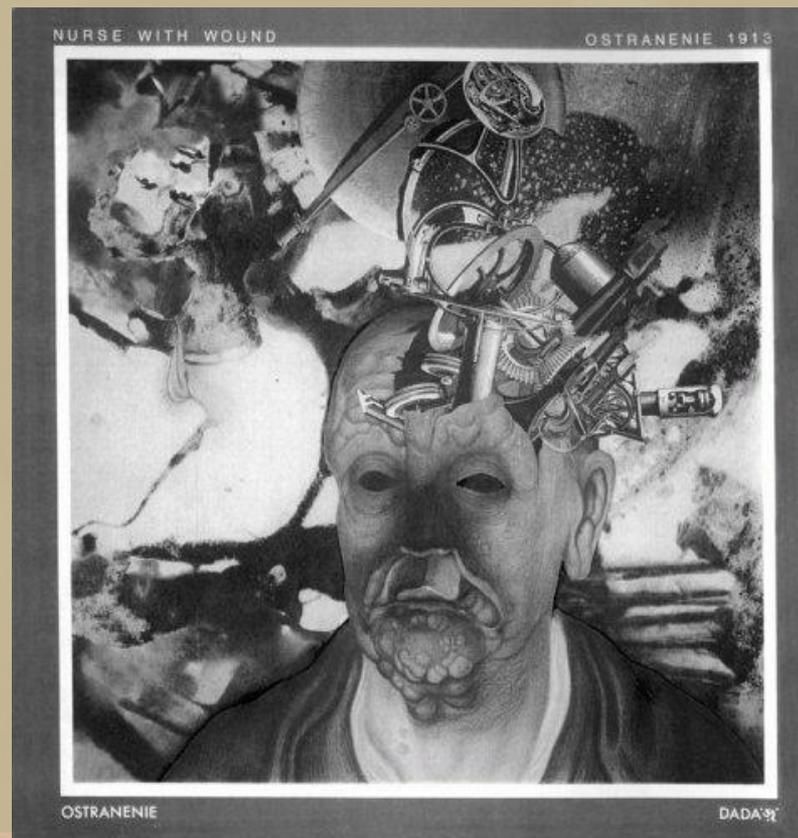
ФОРМУЛИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА

- Шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение с выраженным апато-абулическим дефектом

Н

Шизотипическое расстройство

- В отечественной психиатрии ближе всего к вялотекущей (медленнотекущей) **шизофрении**.
- Диагностика сложна.
- Характерно медленное, длительное,
- чаще непрерывное течение.
- Выделяют 2 основных формы:
 - *псевдоневротическую*
 - *псевдопсихопатическую*



Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

Острое психотическое расстройство, при котором психотические симптомы относительно стабильны и отвечают критериям шизофрении, но которые длятся менее одного месяца.



Прогноз при шизофрении

- Во многом зависит от типа течения заболевания
- Чем раньше дебют, тем хуже прогноз
- Прогноз лучше при наличии аффективной симптоматики в клинической картине
- Прогноз хуже при плохой адаптации в преморбиде
- Прогноз хуже при негативной шизофрении, чем при позитивной (по Crow T.)
- Прогноз хуже при отсутствии критики к заболеванию и плохом комплайенсе (готовности следовать предписаниям врача)
- При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая социальная адаптация больных

Индуцированное бредовое расстройство

Редкое бредовое расстройство, которое разделяется двумя или более лицами с тесными эмоциональными контактами.

- только один из этой группы страдает истинным психотическим расстройством;
- бред индуцируется у других членов группы и обычно проходит при разлучении;
- психотическое заболевание у доминантного лица чаще всего шизофреническое, но не всегда;
- первоначальный бред у доминантного лица и индуцированный бред обычно носят хронический характер и являются по содержанию бредом преследования или величия;
- бредовые убеждения передаются таким образом лишь в особых обстоятельствах...

Вопросы терапии

□ Методы общебиологического воздействия

□ Психофармакотерапия

□ Социально-реабилитационные мероприятия

- психотерапевтическое воздействие
- трудотерапия
- поддерживающая фармакотерапия
- амбулаторное наблюдение

История развития биологической терапии

- **Пирогенная терапия** - маляриотерапия (1918г) для лечения прогрессивного паралича (форма сифилиса мозга), 1924 год -сульфозинотерапия (в/м 1% взвесь серы в оливковом масле) для лечения шизофрении. В настоящее время не используется.
- **«Шоковые» методы**
 - Инсулинокоматозная терапия (1935 год)
 - Электросудорожная терапия, ЭСТ (1938 год)
 - Атропинокоматозная терапия (1950 год)
 - **Нейрохирургическое лечение психических расстройств** (1936 год – лоботомия)
- **Психофармакотерапия** – 1952 год - применение первого антипсихотика (нейролептика) (хлорпромазин (аминазин)), 1955 – применение первого антидепрессанта (имипрамина).
- **Другие методы** (используются редко)
 - Воздействие на циркадные ритмы (терапия сном, электросон, депривация сна)
 - Дието-разгрузочная терапия
 - Фототерапия – лечение ярким светом
 - Эфферентные методы (гемосорбция, плазмаферез)

Психотропные препараты

- Антипсихотики (нейролептики)
- Антидепрессанты
- Транквилизаторы
- Нормотимики
- Психостимуляторы
- Ноотропы

Бредовые расстройства

- Ежегодно регистрируется от 1 до 3 новых случаев бредовых расстройств на 100 тыс. населения. Это число составляет приблизительно 4% от всех первичных госпитализаций в психиатрические больницы по поводу неорганических психозов.
- Средний возраст начала заболевания приходится примерно на 40 лет, варьируя от 25 до 90 лет. Имеется небольшое преобладание женщин среди больных этим заболеванием.



Бредовые расстройства

Ситуаций, которые способствуют развитию бредовых расстройств:

- 1) преувеличенное ожидание субъектом того, что он встретит садистское обращение;
- 2) ситуации, которые способствуют усилению недоверия и подозрительности;
- 3) социальная изоляция;
- 4) ситуации, в которых усиливается чувство зависти и ревности;
- 5) ситуации, в которых наблюдается понижение уровня самооценки;
- 6) ситуации, которые заставляют субъекта видеть свои собственные недостатки в других;
- 7) ситуации, в которых усиливается вероятность того, что субъект будет слишком много размышлять над возможным значением событий и мотиваций.

Классификация бреда

**Первичный
(Интерпретативный,
Примордиальный,
Словесный)**

Первичным является поражение мышления — поражается рациональное, логическое познание, искажённое суждение последовательно подкреплено рядом субъективных доказательств, имеющих свою систему. При этом восприятие больного не нарушено

**Вторичный
(чувственный и
образный)**

Нарушение мышления наступает вторично, имеет место бредовая интерпретация галлюцинаций, отсутствие умозаключений, которые осуществляются в форме инсайтов — ярких и эмоционально насыщенных озарений.

Бредовых синдрома:

- Паранойяльный синдром — систематизированный интерпретативный бред. Чаще монотематический. Не наблюдается интеллектуально-мнестического ослабления.
- Параноидный синдром — несистематизированный, обычно в сочетании с галлюцинациями и другими нарушениями.
- Парафренный синдром — систематизированный, фантастический, в сочетании с галлюцинациями и психическими автоматизмами.

Стадии развития бреда

1. Бредовое настроение — уверенность в том, что вокруг произошли какие-то изменения, откуда-то (но пока неизвестно конкретно, откуда) надвигается беда;
2. Бредовое восприятие — в связи с нарастанием тревоги появляется бредовое объяснение значения отдельных явлений;
3. Бредовое толкование — бредовое объяснение всех воспринятых явлений;
4. Кристаллизация бреда — образование стройных, законченных бредовых идей;
5. Затухание бреда — появление критики к бредовым идеям;
6. Резидуальный бред — остаточные бредовые явления.
Наблюдается при галлюцинаторно-параноидных состояниях, после делирия, и при выходе из эпилептического сумеречного состояния.

Парафрения

Парафрения инволюционная – обозначает бредовой психоз позднего возраста, проявляющийся бредовыми идеями преследования и воздействия (нередко эротического содержания), колебаниями настроения, конфабуляциями и нарушениями речи.

др греч.

Phren – ум, разум

Шизотипическое расстройство

Шизотипическое расстройство - расстройство, не подходящее по диагностическим критериям МКБ-10 для диагноза шизофрении: нет всех необходимых симптомов или они слабо выражены, стёрты.

Критерии согласно МКБ-10

А. На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

- 1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
- 2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- 3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
- 4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
- 5) подозрительность или параноидные идеи;
- 6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- 7) необычные феномены восприятия, включая сомато-сенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- 8) аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;
- 9) редкие транзиторные квази-психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации.

Б. Случай никогда не должен отвечать критериям любого расстройства в шизофрении в F20- (шизофрения).

Течение и прогноз

Неизлечимо

Возможна длительная компенсация

- Под влиянием стресса может возникать декомпенсация
- В 30 % случаев болезнь медленно прогрессирует и спустя много лет постепенно приобретает сходство с параноидной шизофренией
- 10 % больных совершают суицидальные попытки

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

1. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ МЕТОД

2. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

**3. КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
(ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ) МЕТОД**

4. МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

5. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ

6. КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ (при необходимости)









John





ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

№	Этап	Цель	Вид лечения	Продолжительность
I	Активной терапии	<ul style="list-style-type: none">– нормализация поведения, устранение психомоторного возбуждения– уменьшение выраженности (редукция) психотической симптоматики– частичное возобновление критики	стационарно	8 – 12 нед.
II	Стабилизирующей терапии	<ul style="list-style-type: none">– обратное развитие остаточной продуктивной симптоматики и редукция негативной, аффективной, когнитивной симптоматики– повышение уровня социальной адаптации	амбулаторно, полу-стационарно	не менее 6 мес.
III	Профилактической (поддерживающей) антипсихотической терапии	<ul style="list-style-type: none">– поддержание оптимального уровня социального функционирования	амбулаторно	не менее 3 лет

ТЕРАПИЯ

БИОЛОГИЧЕСКАЯ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ

НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ
(В3, В6, Zn, Mg, жирные к-ты)

НЕЙРОЛЕПТИКИ (аминазин,
галлоперидол, рисперон и др.)

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ

- транквилизаторы
(сибазон, феназепам и др.)
- тимостабилизаторы
(вальпроком, карбамазепин)
- антидепрессанты
(амитриптилин, мелитор и др.)

КОРРЕКЦИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
(экстрапирамидных расстройств)

- антихолинергические (циклодол, неомидантан)
- неселективные β -адреноблокаторы

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ
С БОЛЬНЫМ

ПСИХО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ
РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ
БОЛЬНОГО

«ШОКОВАЯ» (ЭСТ, атропино-,
инсулинокоматозная,)

ПИРОГЕННАЯ
(маляро-, сульфазинотерапия)

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ



**редукция
психопатологической
симптоматики на протяжении
не менее 6 месяцев**

+

**стабильность психического
состояния на протяжении 6
месяцев**

**СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ**



**способность к автономному
социальному
функционированию**

Лечение

При преходящих субпсихотических состояниях назначают небольшие дозы нейролептиков (например, галоперидол по 2–5 мг/сут), транквилизаторов (например, диазепам по 2–10 мг/сут). При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты (например, амитриптилин). Социальной адаптации способствует индивидуальная и групповая психотерапия.

- Для купирования острых состояний при шизофрении требуется доза нейролептика, соответствующая 300 – 800 хлорпромазиновым эквивалентам (т. е. 300—800 мг аминазина) в сутки.
- Лечение первичного психотического эпизода начинать с атипичных нейролептиков.
- Типичные нейролептики не убирают негативную симптоматику, наоборот, могут усугублять ее.
- Атипичные нейролептики корректируют негативную симптоматику.

ЛЕЧЕНИЕ

Антипсихотические препараты:

эквивалентные дозы и профили побочных эффектов

Препараты	Группа препарата	Относительные эквивалентные дозы (мг)	Седативный эффект	Гипотензивный эффект	Антихолинергический эффект	Экстрапирамидные расстройства
Хлорпромазин (Аминазин)	Фенотиазины алифатические	100	Высокий	Высокий	Средний	Низкий
Мезоридазин (Серентил)	Фенотиазины пиперидины	50	Средний	Средний	Средний	Средний
Тиоридазин (Сонапакс, Меллерил)		95	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий
Флуфеназин (Модитен)	Фенотиазины пиперазины	2	Средний	Низкий	Низкий	Высокий
Перфеназин (Этаперазин)		8	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий
Трифлюоперазин (Стелазин, Трифтазин)		5	Средний	Низкий	Низкий	Высокий
Тиотиксен (Наван)	Тиоксантены	5	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий
Локсапин (Локситан)	Дибензодиазепины	10	Средний	Средний	Средний	Высокий
Рisperидон (Рисполепт, Риспердал)	Бензисоксазолы	1-2	Низкий	Средний	Низкий	Низкий
Дроперидол (Дролептан)	Бутирофеноны	1	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий
Галоперидол (Галдол)		2	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий
Молиндон (Мобан)	Индолоны	10	Средний	Низкий	Средний	Высокий
Пимозид (Орап)	Дифенилбутилпипе	1	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий

О ГИПЕР- и ГИПОДИАГНОСТИКЕ

Профессор психологии и права Стэнфордского университета Дэвид Росенхан (David Rosenhan) провел эксперимент.

Он отобрал восемь совершенно нормальных по всем параметрам человек: трех психологов, психиатра, педиатра, художника, домохозяйку и аспиранта.

Все они обратились в психиатрические клиники, как люди, которые «беспокоятся о своем психическом здоровье». Все рассказывали о себе и своем состоянии правду, за исключением одной детали – они сообщили, что, якобы, слышат «голоса». Их всех врачи сочли душевнобольными. Все они были направлены в клиники.

Сразу после госпитализации врачам они говорили, что чувствуют себя замечательно и никаких «голосов» больше не слышат. Все находились на лечении 52 дня и вели себя как нормальные люди.

По результатам лечения семерым был поставлен диагноз «шизофрения», одному - «маниакально-депрессивный психоз».

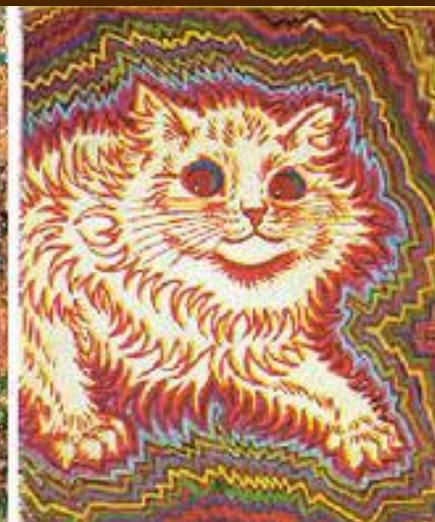
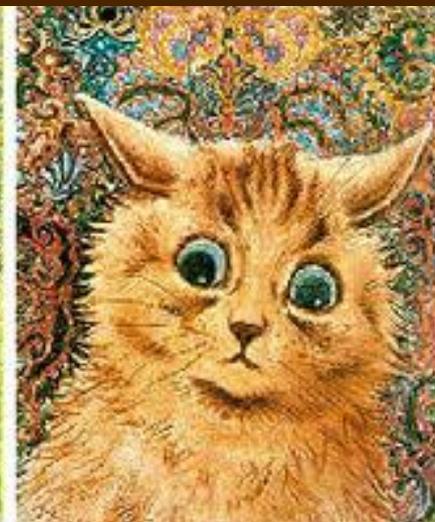
После выписки из клиники их состояние было описано врачами как «улучшение», «в стадии ремиссии», но ни один врач не считал, что они выздоровели.

...после опубликования результатов эксперимента все психиатрические клиники поставили их под сомнение, заявив, что такие грубые ошибки невозможны. Профессор Росенхан предложил повторить эксперимент, заявив, что направит к ним еще какое-то количество мнимых больных.

Клиники очень тщательно диагностировали следующих 193 пациентов и 41 из них поставили диагноз «псевдобольной».

На самом деле профессор не присылал в клиники ни одного человека.

ТВОРЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ



Луис Уэйн (1860—1939)

Рисовал кошек. По мере развития шизофрении тема кошек в его картинах постепенно вытеснялась фракталоподобными узорами

ТВОРЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ



Марк Гудвольт
(1980)

ТВОРЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ



Марк Гудвольт
(1980)



Сальвадор Домéнек Фелип Жасинт Дали и Домéнек, маркиз де Пуболь
(1904 – 1989)

Испанский живописец-сюрреалист, график, скульптор, режиссёр, писатель



Сальвадор Дали. Без названия. Ласточкин хвост и виолончель (серия катастрофы), 1983 г.
Последняя картина, написанная художником.



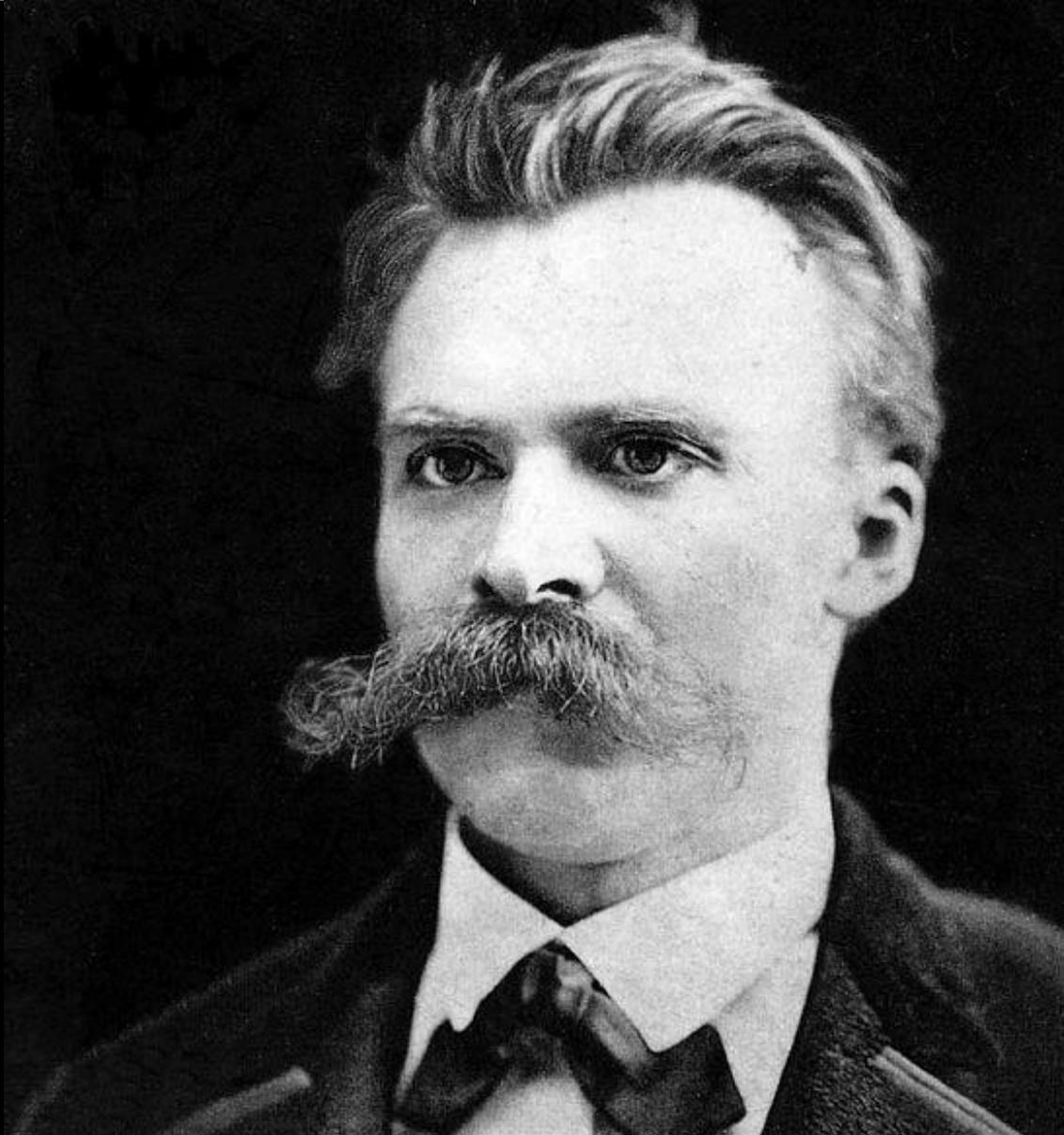
Франсiско Хосé де Гóйя-и-Лусьéнтес
(1746 – 1828)

Автопортрет. Придворный художник короля Испании, вице-директор Королевской Академии изящных искусств Сан Фернандо



Франсiско Хосé де Гóйя-и-Лусьéнтес

Серия «Бедствия войны», лист 71: «Против общего блага», 1810 – 1820 гг.



Фридрих Вильгельм Ницше
(1844 – 1900)
Немецкий философ



Джон Форбс Нэш-младший
(1928 –)

Американский математик, лауреат Нобелевской премии 1994 г. по экономике



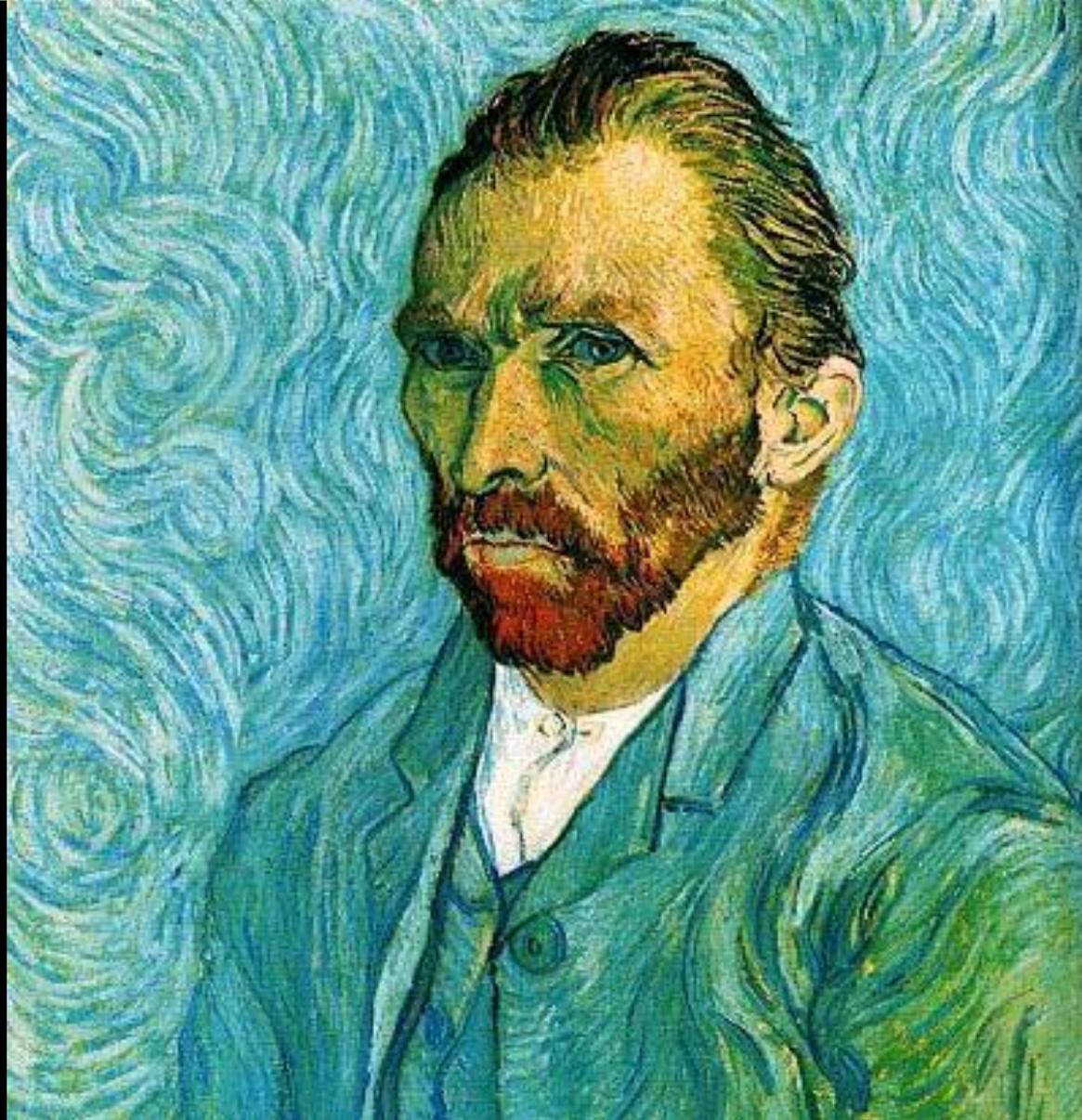
Михаил Александрович Врубель
(1856 – 1910)

Автопортрет. Российский живописец-модернист



Франц Кафка
(1883 – 1924)

Австрийский писатель



Винсент Ван Гог
(1853 – 1890)

Автопортрет. Голландский живописец постимпрессионист



Эммануил Сведенборг
(1688 – 1772)

Шведский ученый-естествоиспытатель, теософ, изобретатель.
В 2004 году коллекция рукописей ученого была внесена ЮНЕСКО
в реестр Памяти мира



Людвиг II
(1845 – 1886)
Король Баварии



Виктор Хрисанфович Кандинский
(1849 – 1889)

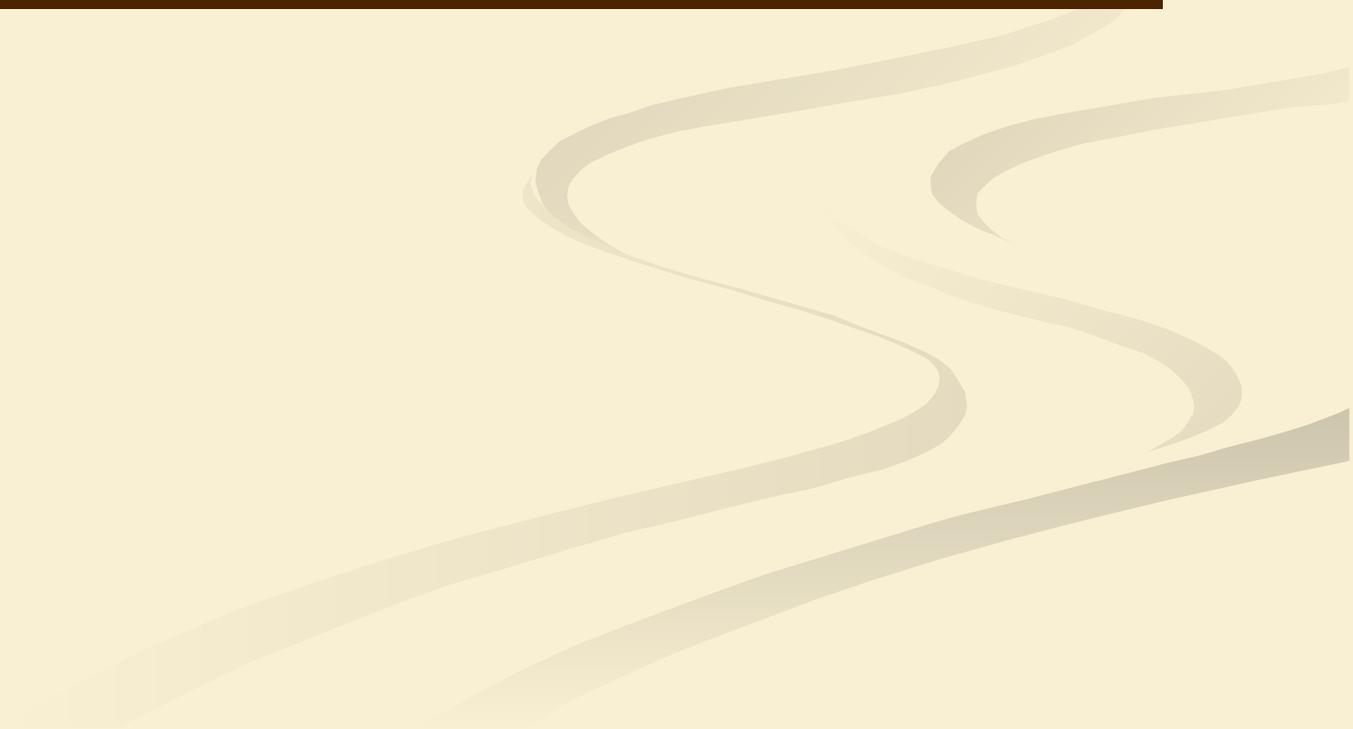
Российский врач-психиатр, автор книги «О псевдогаллюцинациях»



Иосиф Виссарионович Сталин (Джугашвили)
(1878 – 1953)

1-й Генеральный секретарь ЦК ВКП(б),
1-й Председатель Совета Министров СССР

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

The bottom right corner of the slide features several overlapping, wavy, light-colored lines that create a sense of movement and depth. These lines are rendered in a light beige or cream color, matching the overall background palette.