

ШИЗОФРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ТЕЧЕНИЕ

**Лекция для интернов и
клинических ординаторов
д.м.н., профессор Пашковский
В.Э.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Шизофрения- хронически текущее психическое заболевание, характеризующееся сочетанием специфических изменений (дефекта) личности (аутизм, эмоциональное уплощение, снижение активности, утрата единства психических процессов) с разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами.

Соотношения между осевым и этапными синдромами при шизофрении



Аутизм – основное расстройство при шизофрении

- Одним из важнейших симптомов шизофрении является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира. Более тяжелые случаи полностью сводятся к грезам, в которых как бы проходит вся жизнь больных; в более легких случаях мы находим те же самые явления в меньшей степени. Этот симптом я назвал аутизмом. (Э.Блейлер)

Что такое внутренний мир?

- В идущей от Демокрита В идущей от Демокрита традиции, внутренний мир считается своего рода продолжением, воспроизведением действительного мира, его копией, отфильтрованной восприятием и преобразованной в соответствии с целями и задачами жизни человека.

Что такое внутренний мир?

- По Платону внутренний мир человека не сообщается напрямую с «миром идей»: для того, чтобы «припомнить» идею, человеку необходимо найти её «отблеск» в доступном чувствам материальном мире.
- В гностической традиции идеальный внутренний мир обладает самостоятельным содержанием, не зависимым от мира материального.

Аутизм и сознание (Кандинский В. Х.)

- Основное свойство сознания – ощущение противоположности между своим внутренним бытием и внешним миром.
- С ощущением воздействия со стороны внешнего мира соединено активное ощущение, т.е. стремление сохранить свое бытие, удержать свои составные части, атомы, в известном своеобразном расположении

Свойства аутистического мышления

- Независимость от логических законов (закона противоречия).
- Закон непротиворечия (закон противоречия) — закон логики, гласит, что два несовместимых (противоречащих либо противоположных) суждения не могут быть одновременно истинными.
- Игнорирование действительности и внешнего мира
- Игнорирование временных отношений
- Аутистическое мышление направляется аффективными потребностями
- Аутистическое мышление формируется принципом удовольствия

Преморбидная личность (шизоидные черты)

Недостаточная активность

- Слабость контакта со средой

Необщительность

- Замкнутость

Эмоциональная холодность

Начальная стадия (астенический симптомокомплекс)

Утомляемость, пассивность

Раздражительность, капризность

Отсутствие связи с психогенией и соматическими заболеваниями

Эмоциональный СИМПТОМОКОМПЛЕКС



Соматический симптомокомплекс



Неврозоподобные и психопатоподобные расстройства в начальной стадии шизофрении

Неврозоподобные



- Дистормфоманический синдром
- Синдром метафизической интоксикации
- Аноректический синдром
- Обсессивно-фобический синдром
- Астеноипохондрический синдром
- Деперсонализационно-дереализационный синдром

Психопатоподобные



- Синдром нарастающей шизоидизации
- Синдром неустойчивого поведения
- Эпилептоидный синдром
- Истероидный синдром

Стадия развития симптоматики

- F20.0 Параноидная шизофрения
- F20.1 Гебефреническая шизофрения
- F20.2 Кататоническая форма
- F20.6 Простая шизофрения
- F21 Шизотипическое расстройство
- F22 Хронические бредовые расстройства
- F23 Острые и транзиторные психотические расстройства
- F25 Шизоаффективные расстройства

Простая шизофрения

Характеризуется прогрессивно нарастающим запустением личности с резко выраженной аффективной тупостью, значительным понижением активности. При этом характерно отсутствием галлюцинаций, бредовых идей и кататонических симптомов.

- Отчетливое изменение преморбидной личности с потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией.
- Постепенное появление и углубление негативных симптомов: апатии, обеднения речи, гипоактивности, эмоциональной сглаженности, пассивности, отсутствия инициативы и бедности невербального общения.
- Отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

Простая шизофрения



- Преморбид. Шизоидные черты характера.
- Инициальный период – от 6 месяцев до нескольких лет
- **Инициальные расстройства** – немотивированные конфликтность, злобность, алкоголизация, половые эксцессы, правонарушения
- **Мышление:** философствование, псевдоабстракции, интересы, не соответствующие прошлому опыту и повседневной деятельности
- **Редукция энергетического потенциала:** ленность, падение волевой активности, снижение усидчивости.
- **Эмоциональное огрубение:** холодность в отношении с близкими, неопрятность в одежде, вычурная экстравагантность облика

Простая шизофрения. Динамика нарушений мышления.

Инициальный этап

Мантизм, шперрунги

Бедность мыслей, разноплановость



Манифестный период

Аутистические фантазии, символика

Резонерство, аморфность суждений,
соскальзывания и разорванность



Конечный этап

Распад мыслей

Апатическое слабоумие

Простая шизофрения. Динамика эмоциональных нарушений

Неадекватность,
амбивалентность

Амбигуэнтность,
извращение
эмоциональных
побуждений

Искажение волевой
активности

ГЕБЕФРЕННАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Основными симптомами гебефренной формы шизофрении являются:

- **Дурашливость, манерность, нелепая клоунада**
- **Гримасничанье**
- **Пустая, непродуктивная эйфория**
- **Выраженная разорванность мышления**
- **Нарушение конкретизации понятий**
- **Аффективная тупость со значительным нарушением активности**
- **Безмотивность поступков**



Гебефреничная шизофрения

Инициальный этап

- эмоциональная холодность
- жестокость
- неряшливость
- неконтактность
- оппозиционное расстройство

Стадия расцвета симптоматики

- парамимии
- утрата грации в движениях
- эйфория
- клоунада
- речевая бессвязность,
- нелепые бредовые идеи
- отрывочные галлюцинации

Конечная стадия

- катастрофический распад личности
- интрапсихическая атаксия

Кататоническая шизофрения

Для диагноза кататонической шизофрении необходимо установить следующие формы поведения в клинической картине:

- а) ступор (снижение реакции на окружающее, спонтанных движений и активности) или мутизм;
- б) возбуждение (недобровольная моторная активность, не подвластная внешним стимулам);
- в) застывания (добровольное принятие и удерживание неадекватной или вычурной позы);
- г) негативизм (бессмысленное сопротивление или движение в противоположном направлении в ответ на все инструкции или попытки изменить позу или сдвинуть с места);
- д) ригидность (удержание ригидной позы в ответ на попытку изменить ее);
- е) восковая гибкость (удерживание частей тела в приданном им положении);
- ж) другие симптомы, такие как автоматическая подчиняемость и персеверация.



Синдромы кататонической шизофрении

люцидная кататония - кататонический синдром, не сопровождающийся спутанностью сознания.

онейроидная кататония - кататонические проявления у пациентов с онейроидным помрачением сознания. Чаще при онейроидном помрачении сознания наблюдаются относительно неглубокие проявления кататонического ступора и/или кататонического возбуждения.

кататонический ступор – отсутствие движений, застывание в неудобных позах, отказ от пищи, неопрятность мочой и калом, выраженная ригидность всех мышц, особенно конечностей

кататоническое возбуждение – интенсивное движение в ограниченном пространстве, носит автоматический, стереотипный, бессмысленный «холостой» характер

шизофреническая каталепсия - «Больные не совершают движений по собственной воле; им можно придать любую позу, и какой бы неудобной она ни была, они будут пребывать в ней очень долго» (Э. Блейлер)

Течение кататонической шизофрении

Инициальный этап

- раздражительность
- аффективная лабильность

Стадия развития симптоматики

- кататоническое возбуждение
- кататонический ступор
- Кататонический синдром длится десятилетиями

Конечная стадия

- Апато-абулический синдром

ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Параноидная шизофрения характеризуется выраженными бредом и галлюцинациями. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь могут присутствовать в легкой степени выраженности



Течение параноидной шизофрении (параноидный вариант без выраженных галлюцинаций)

Инициальный этап

- Навязчивости
- Ипохондрия
- Идеи отношения
- Замкнутость
- Ригидность
- Тревога
- беспокойство

Стадия развития симптоматики

- паранойяльный синдром
- параноидный синдром
- парафренный синдром

Конечная стадия

- грубый дефект в эмоциональной сфере,
- разорванность мышления
- кататонические включения

Течение параноидной шизофрении (галлюцинаторный вариант)

Инициальный этап

- невротоподобные состояния
- вербальные иллюзии

Стадия развития симптоматики

- чувственный бред
- синдром Кандинского – Клерамбо
- галлюцинаторный бред воздействия

Конечная стадия

- галлюцинаторная парафрения
- вторичные кататонические явления

Последовательность развития синдрома Кандинского-Клерамбо при параноидной шизофрении



Шизотипическое расстройство

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

Этапы приступа рекуррентной шизофрении



Острые и транзиторные психические расстройства

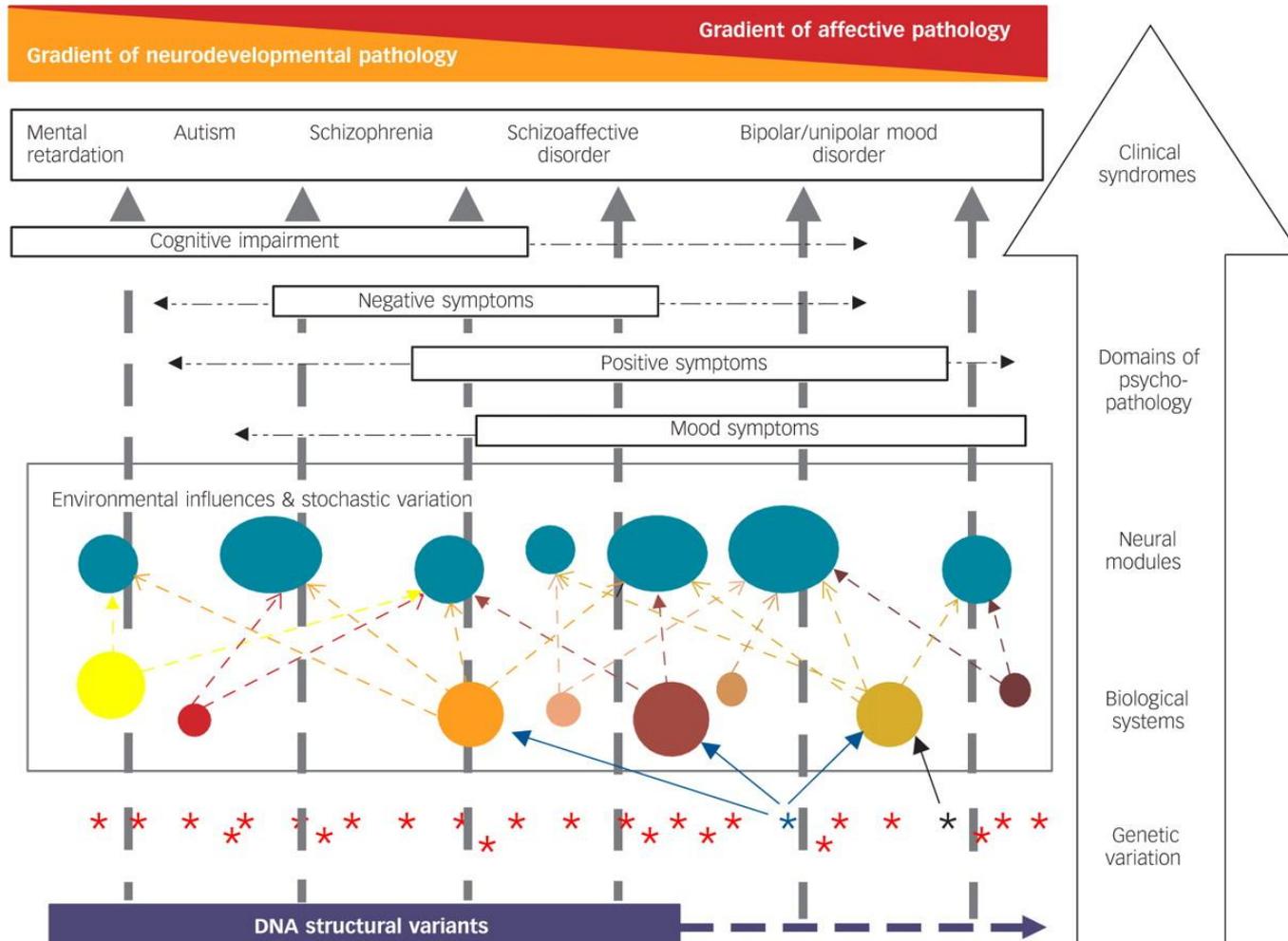
Разнородная группа нарушений, характеризующихся острым началом психотических симптомов, таких как бред, галлюцинации и расстройства восприятия, и тяжелым нарушением обычного поведения. Под острым началом понимают развитие по быстрой нарастающей ясно выраженной аномальной клинической картины в течение двух или менее недель. Отсутствует очевидная органическая причина этих нарушений.

Часто присутствует растерянность и недоумение, но дезориентация во времени, месте и окружении не настолько устойчива и тяжела, чтобы можно было диагностировать наличие органической причины делирия (F05.-). Полное выздоровление обычно наступает в течение нескольких месяцев, часто в течение нескольких недель или даже дней. Если эти нарушения остаются устойчивыми, необходимо будет изменить классификационную рубрику этого состояния. Описанное расстройство может быть связанным или не связанным с острым стрессом, под которым понимают стрессовые ситуации, имевшие место за одну - две недели до начала расстройства.

Шизоаффективное расстройство

- **Психоз** Психоз, характеризующийся либо большим депрессивным эпизодом, либо маниакальным эпизодом, возникающим одновременно с классическими симптомами шизофрении, такими как **бред** Психоз, характеризующийся либо большим депрессивным эпизодом, либо маниакальным эпизодом, возникающим одновременно с классическими симптомами шизофрении, такими как бред, **галлюцинации** Психоз, характеризующийся либо большим

СООТНОШЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ



Шизоаффективное расстройство (МКБ-10)

- Течение в форме приступа
- Сочетание аффективных и шизофренических симптомов в течение всех или нескольких дней приступа.
- Невозможность установления типичного аффективного или шизофренического расстройства.
- Для большинства пациентов характерно полное выздоровление
- В случае, если типичные эпизоды мании или депрессии перемежаются одним-двумя шизоаффективными приступами- диагноз ШР неправомерен.

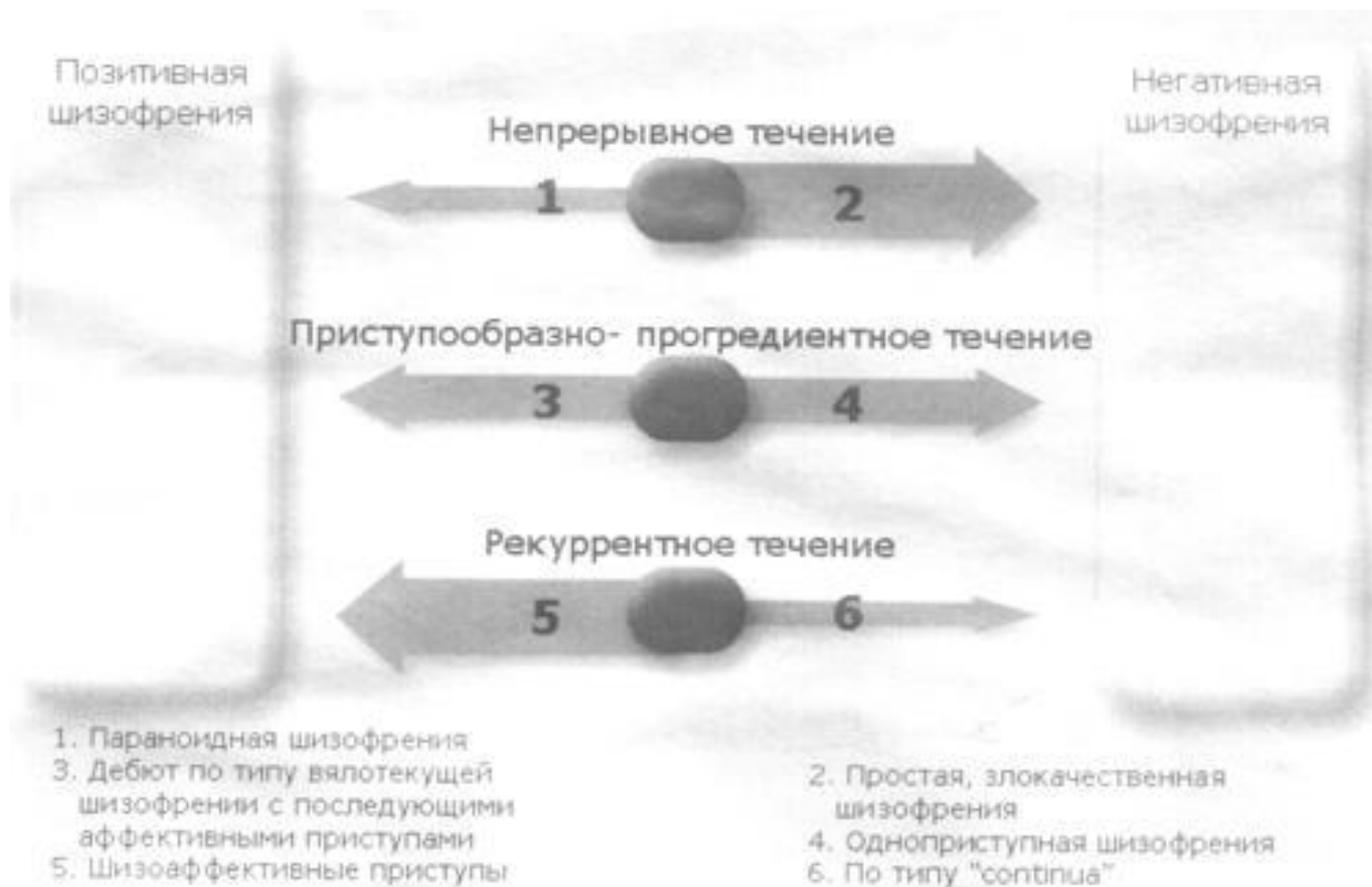
Схема распределения крепелиновских форм в рамках позитивной и негативной шизофрении (по Смулевичу А.Б.)



А.Б. Смулевич

Формы течения (А.В.Снежневский) в свете концепции позитивной и негативной шизофрении.

(по Смулевичу А.Б.)



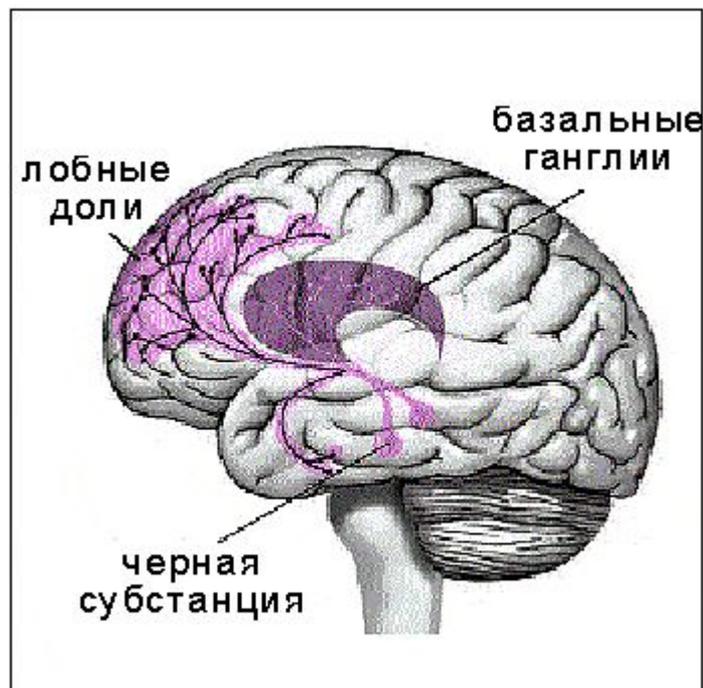
Ремиссии при шизофрении

- Состояние, при котором пациенты чувствуют облегчение основных признаков и симптомов заболевания, у них не наблюдается расстройства поведения и нет достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза шизофрении” (Дж. Кейн).

Клиника первого периода ремиссии (Р.Я.Вовин)

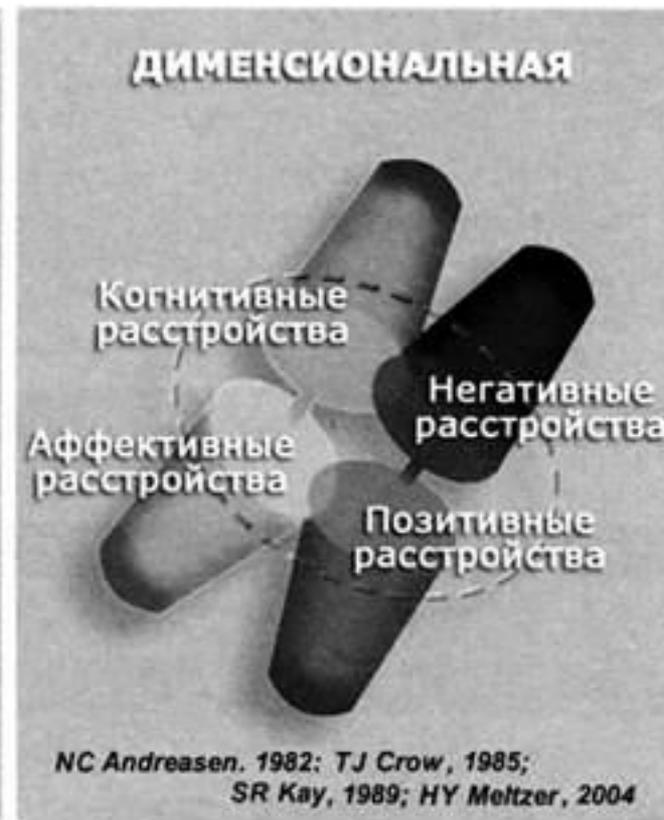
- Обнаруживается переплетение остаточных позитивных проявлений, негативных расстройств, девиации личностных проявлений, астенических проявлений, реакции декомпенсации.
- Соотношение компонентов между собой изменчиво во времени, обнаруживается определенная зависимость от условий окружения.

Терапия шизофрении

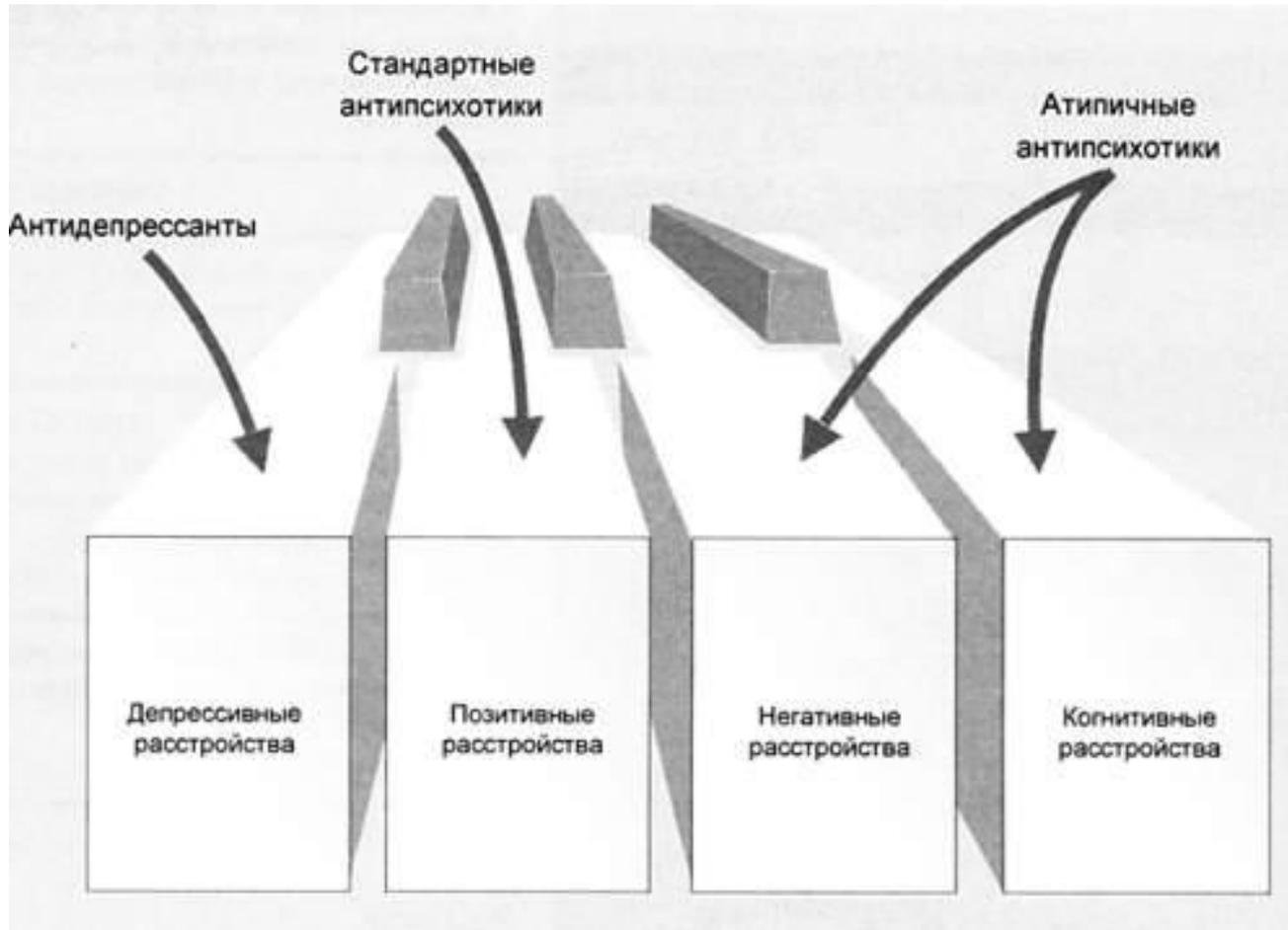


Пути распределения дофамина (выделено цветом) в мозге. Этот нейромедиатор синтезируется в черной субстанции мозга, а затем распределяется по нервным структурам, регулирующим двигательную активность. Дефицит дофамина в базальных ганглиях приводит к тремору и ригидности - характерным симптомам болезни Паркинсона.

Модели психофармакотерапии



Психофармакотерапия – инструмент тестирования двумерной модели.



Препараты, применяемые для лечения шизофрении

Классы	Препараты	Побочные эффекты
Седативные нейролептики	Левомепромазин (тизерцин) Резерпин и его аналоги Хлорпромазин (аминазин) Хлорпротиксен Клозапин (лепонекс, азалептепин)	Выраженные нейровегетативные явления (ортостатическая гипотензия), умеренные эндокринные эффекты, вялоапатические депрессии
Средние нейролептики	Тиоридазин (меллерил, сонапакс) Промазин (пропазин) Перициазин (неулептил) Алимемазин (терален) Тиаприд (тиапридал) Рisperидон (рисполепт)	Умеренные или слабые экстрапирамидные, умеренные эндокринные побочные эффекты
Поливалентные нейролептики	Оланзапин (зипрекса) Зуклопентиксол (клопиксол) Галоперидол Флуфеназин (модитен) Тиопроперазин (мажептил) Трифлуперидол (триседил) Пипотиазин (пипортил) Дроперидол Сультоприд (барнетил, топрал) Флупентиксол (флюанксол)	Выраженные экстрапирамидные (акинетиригидный синдром), умеренные эндокринные побочные эффекты, редко гипервитаальные депрессии
Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики	Перфеназин (этаперазин) Трифлуоперазин (стелазин, трифтазин) Карбидин Сультиприд (эглонил) Амисульприд (солиан)	Выраженные или умеренные экстрапирамидные (гиперкинетические) синдромы, слабые или умеренные эндокринные побочные эффекты

Атипичные нейролептики

- Большинство атипичных нейролептиков по механизму действия подразделяются на две группы. *Первая группа препаратов*, включающая клозапин, оланзапин и кветиапин, характеризуется взаимодействием с несколькими различными нейромедиаторными системами, в частности с дофаминовыми, серотониновыми, норадренергическими, холинергическими и гистаминовыми рецепторами.
- *Вторая группа препаратов*, состоящая из рисперидона, амперозида, сертиндола и зипразидона, оказывает свое действие преимущественно за счет влияния лишь на 2 типа рецепторов - дофаминовые и серотонинергические. При этом способность блокировать серотонинергические рецепторы у этих препаратов превосходит способность связываться с дофаминовыми рецепторами типа D2.

Купирующая терапия (Мосолов С.Н.)

- Начало от момента начала лечения приступа до установлением клинической ремиссии
- Время от 4 до 12 недель (для достижения полного терапевтического контроля за состоянием обычно требуется 6–8 недель).
- Пальма первенства принадлежит скоропомощным нейролептикам с мощным глобальным антипсихотическим (инцизивным) или седативным действием: галоперидолу, трифтазину, зуклопентиксол–ацетату

•

Долечивающая или стабилизирующая антипсихотическая терапия

- **Продолжение приема эффективного нейролептика с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания приступа.
Продолжительность этого этапа составляет от 3 до 9 месяцев.**
- **Купирование негативной симптоматики: препараты с активирующей и антиаутистической направленностью действия, т. е. дезингибирующие (сульпирид, карбидин) или атипичные (рисперидон, оланзапин, кветиапин или амисульприд) антипсихотики.**

Долечивающая или стабилизирующая антипсихотическая терапия (продолжение)

- В отличие от вторичной негативной симптоматики современные фармакотерапевтические возможности коррекции дефекта (первичной негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита) представляются значительно более ограниченными и методически корректно трудно доказуемыми. Единственным препаратом, в отношении которого имеются подобные доказательства, является амисульприд (Солиан).**
- Купирование нейрокогнитивного дефицита: Большое число открытых и двойных слепых исследований (в том числе сравнительных) подтвердили способность всех атипичных антипсихотиков уменьшать явления нейрокогнитивного дефицита.**

Противорецидивное лечение

- **Противорецидивная (поддерживающая) антипсихотическая терапия, которая направлена на предотвращение развития новых приступов и замедление темпа прогрессивности заболевания.**
- **Противорецидивная терапия проводится неопределенно долго, но не менее 1–2 лет, чтобы можно было оценить ее эффективность. При этом дозу нейролептика снижают до 20–30% от максимальной при купировании приступа.**
- **Современные международные стандарты терапии рекомендуют проводить непрерывную антипсихотическую терапии в течение двух лет после первого эпизода, не менее 5 лет после второго и неопределенно длительное время (в большинстве случаев пожизненно) после третьего приступа шизофрении.**
- **В случае прекращения лечения рецидив развивается у 75% больных в течение 1–2 лет. Основными показаниями к проведению такой терапии являются приступообразные и**



СПАСИБО ЗА ВАШЕ ТЕРПЕНИЕ!