

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра

Дороженок И.Ю.

Шизофрения

- **Наиболее инвалидизирующее из всех психических заболеваний; занимает 3 место среди заболеваний, сопряженных с инвалидностью, опережая параплегия и слепоту**
- **Оценивается как 5-я по частоте причина инвалидизации в США**
- **Сокращает продолжительность жизни больного в среднем на 10 лет**
- **Расходы здравоохранения, связанные с шизофренией, составляют в США 19 млрд долларов в прямом исчислении и 46 – за счет потери производительности труда**
- **Страдающие шизофренией в 10 раз реже получают работу и в 3-6 раз реже вступают в брак или имеют детей**
- **30% больных шизофренией хотя бы раз в жизни совершают суицидальную попытку; эндогенный процесс ассоциируется с 10% риском смерти вследствие самоубийства и других серьезных последствий для здоровья**

*Ustün et al., 1999
Murray, Lopez, 1996
Trumbetta, Mueser, 2001
Cook, Razzano, 2000
Lehman et al., 1998
Radomsky et al., 1999*

Шизофрения

- психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

Эпидемиологические данные

(по данным ВОЗ)

Болезненность (распространенность):

шизофрения - 1 %

шизотипическое расстройство личности - 1-4%

шизоаффективное расстройство – 0.7%

атипичные психозы и бредовые расстройства – 0.7%

Заболеваемость: шизофрения- от 0.11 до 0.7

Гендерные соотношения: мужчины\женщины – 8.2\8.8

(по показателям заболеваемости)

Этиология и патогенез

Теория психогенеза

1. Психодинамическая модель
2. Феноменологически-экзистенциальная модели

Биологические теории

(генетическая, нейрохимическая, иммунологическая дизонтогенетическая концепции)

Биологические теории

1. Дофаминовая (A.Carlosson et M.Linquist; 1963)

T.J. Crow (1980) – выделение двух клинико-биохимические типа шизофрении

1 тип – с преобладанием позитивных расстройств (гиперактивность постсинаптических рецепторов дофаминергической системы)

2 тип – с преобладанием негативных расстройств (недостаток дофаминергических нейронов, особенно в префронтальной коре).

2. Серотониновая

3. Глутаминергическая

4. Иммунологическая (способность организма вырабатывать антитела к антигенам собственных тканей, в частности к тканям мозга).

5. Дизонтогенетическая (возникновение шизофрении под влиянием генетических, токсических, вирусных и др. факторов в пренатальном периоде)

Дофаминовая гипотеза шизофрении

Мезокортикальный путь -
обучение и память

Мезолимбический путь -
эмоции

Снижение активности:
негативная симптоматика,
когнитивные нарушения

Повышение активности:
продуктивная симптоматика



Тубероинфундибулярный путь -
регуляция пролактина

Нигростриарный путь -
двигательная регуляция

Эмиль Крепелин



(1856-1926)
Тюбинген, Дерпт
(Юрьев), Мюнхен

Создание нозологической классификации психических болезней.

Отграничение естественных нозологических единиц по принципу закономерностей течения и исхода.

Дихотомическое подразделение эндогенных психических болезней: **раннее слабоумие** - маниакально-депрессивный психоз.

Разработка типологии конечных состояний.

Критерии Э. Крепелина

Нарушение внимания и понимания

Галлюцинации, в особенности слуховые (голоса)

Звучание мыслей (эхо мыслей)

Ощущение воздействия на мысли

Нарушение течения мыслей, прежде всего непоследовательность, разорванность мышления

Нарушения когнитивной (познавательной) функции и способности к суждениям

Обеднение аффекта

Признаки нарушения поведения

Снижение побуждения

Пассивная подчиняемость

Эхολалия, эхопраксия

Агрессивность

Кататоническое возбуждение

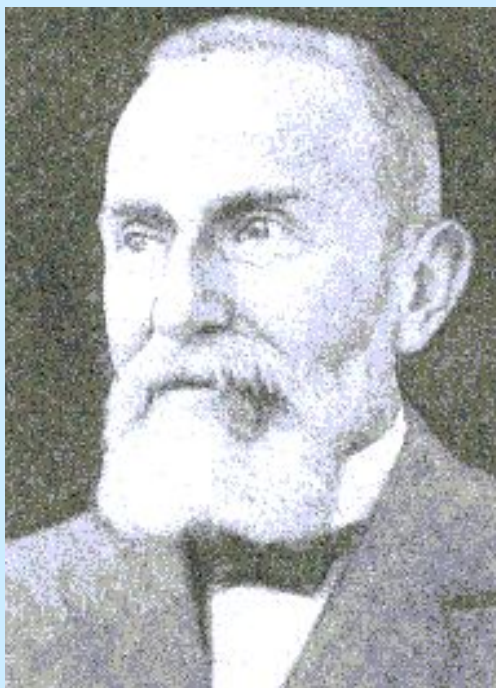
Стереотипии

Негативизм

Аутизм

Нарушение вербального выражения мыслей

Эуген Блейлер



(1857-1929)

Цюрих

1911 - создание концепции шизофрении.

Автор придерживается нозологической системы Крепелина, но основное значение придает не критерию течения, а психологической, основанной на психоанализе трактовке психопатологической симптоматики.

1916 - исследования в области органической психопатологии (клиника афазий, выделение органического психосиндрома).

Работы в области судебной психиатрии, а также организации трудовой терапии и патронажа, реабилитации психически больных.

*Симптомы-критерии Э. Блейлера**

Основные, или фундаментальные, нарушения

Расстройства мышления

Аффективные нарушения

Нарушения самовосприятия

Нарушения волевой сферы и поведения

Амбивалентность

Аутизм

Дополнительные симптомы

Расстройства восприятия (галлюцинации)

Бред

Некоторые нарушения памяти

Изменения личности

Изменения речи и письма

Соматические симптомы

Кататонические симптомы

Острый синдром (меланхолический, маниакальный, кататонический и др.)

* Четыре «А» Блейлера: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм

Критерии К. Шнейдера

Симптомы первого ранга

Звучание мыслей

Спорящие и (или) обсуждающие голоса

Комментирующие голоса

Ощущение соматической беспомощности

Отчуждение мыслей и другие ощущения воздействия на мышление

Передача мыслей на расстоянии

Бредовое восприятие

Другие ощущения, включающие «сделанный» волевой аффект и «сделанные» желания

Симптомы второго ранга

Другие расстройства восприятия

Внезапно возникающие бредовые идеи

Растерянность

Депрессивные и эйфорические изменения настроения

Ощущение эмоционального истощения

Некоторые другие симптомы

Отечественная систематика форм (типов) течения шизофрении

Непрерывнотекущая шизофрения

Злокачественная

Прогрессирующая

Бредовой вариант

Галлюцинаторный вариант

Приступообразно-прогрессирующая (шубообразная) шизофрения

Злокачественная

Прогрессирующая

Шизоаффективная

Рекуррентная шизофрения

Особые формы

Фебрильная шизофрения

Паранойяльная шизофрения

Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения

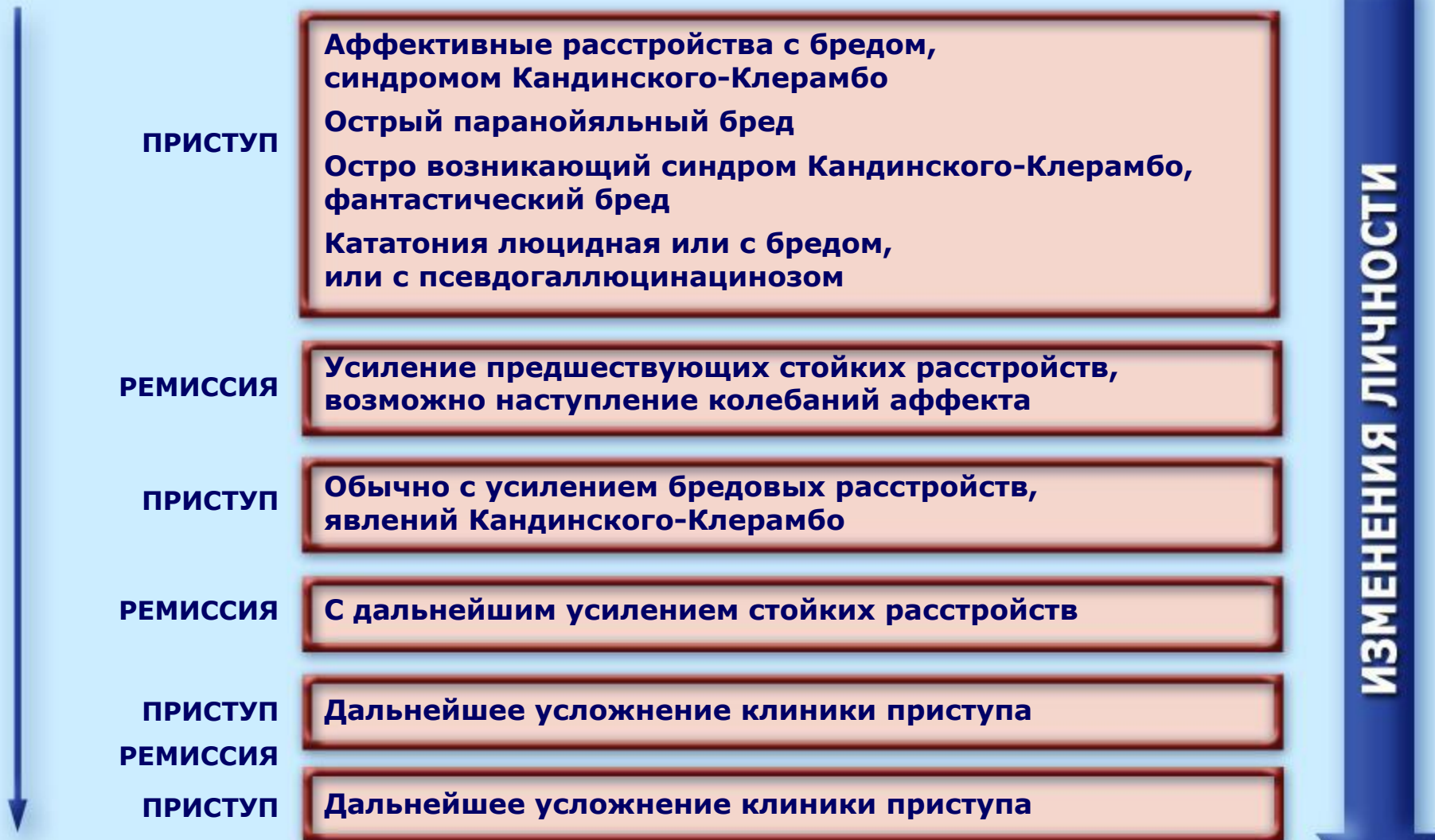
Непрерывно-поступательное



Формы течения шизофрении [А.В.Снежневский, 2004] ²

Перемежающе-поступательное (в формы сдвигов или «шубов»)

Предшествующие изменения личности, обычно с явлениями навязчивости и паранойяльными, сверхценными стойкими образованиями, ипохондрией, сенестопатией



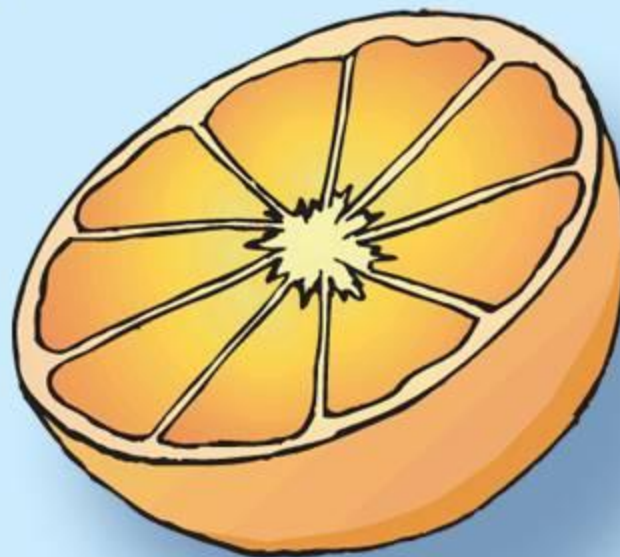
Чередование приступов и ремиссий нерегулярное. При начале болезни в юношеском возрасте возможно дальнейшее сплошное течение с переходом в конечное состояние

Шизофрения:

**Психопатологическое
единство**

**Дименсиональное
множество**

или



Модели шизофрении

КАТЕГОРИАЛЬНАЯ



Kraepelin E., 1896

ДИМЕНСИОНАЛЬНАЯ



*Andreassen N.C., 1982; Crow T.J., 1985;
Kay S.R., 1989; Meltzer H.Y., 2004*

Развитие клинической парадигмы,
объединяющей шизофрению
и расстройства шизофренического спектра,
на современном уровне знаний
реализуется на базе универсальной
патогенетически обоснованной
модели

позитивной – негативной шизофрении

Концепция позитивной – негативной шизофрении

(N. Andreasen, 1979, 1986; T.G. Crow, 1980, 1985; M.R. Trimble, 1986; H. Sass, 1989; С.Н. Мосолов, 2000)

Основана на клинических, нейропсихологических, нейрохимических и нейроморфологических исследованиях



ШИЗОФРЕНИЯ (F-20) В МКБ-10

Общие критерии для типичных форм (F20.0-F20.3): параноидной, гебефренической, кататонической, недифференцированной.

- Длительность психотического эпизода не менее месяца.
- Минимум один из следующих признаков: «эхо», вкладывание, отнятие или открытость мыслей; бред воздействия; комментирующие галлюцинации; стойкие бредовые, культурально неадекватные идеи (идентификация себя с религиозными, политическими деятелями, фантастический бред).
- Или минимум два из следующих: хронический галлюциноз с несистематизированным бредом, расстройства мышления (неологизмы, обрывы мыслей), кататонические симптомы и негативные расстройства (речевое обеднение, выраженная апатия, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций).

Продромы шизофрении (латентная шизофрения)

Четыре параметра продромальных поведенческих нарушений (Moller & Husby 2000)

- 1** Прекращение обучения или работы
- 2** Значительное и стойкое изменение интересов
- 3а** Значительная и стойкая социальная пассивность, отгороженность или изоляция
- 3б** Крайне выраженное социальное избегание
- 4** Значительное и стойкое изменение внешнего облика/поведения

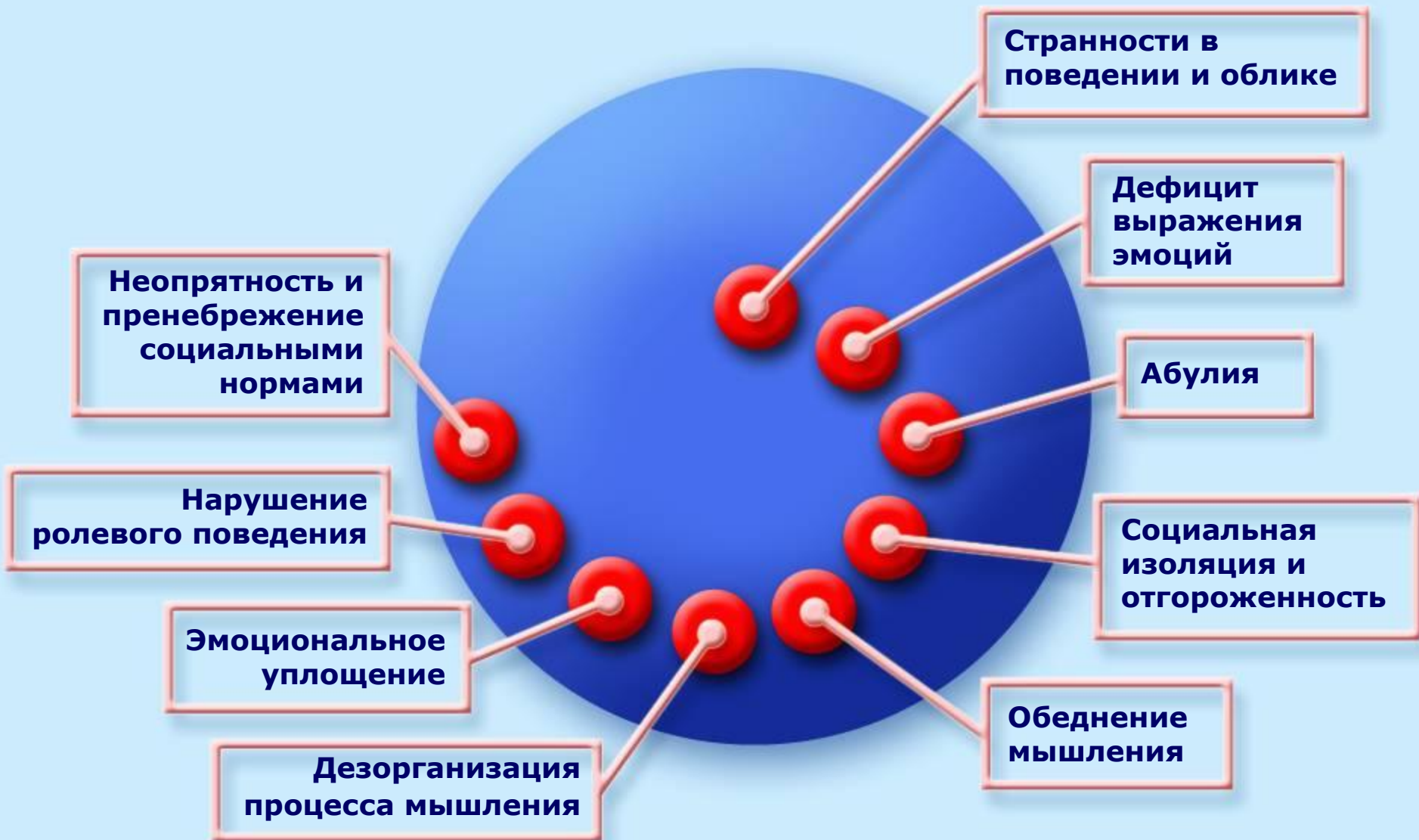


- 1** Шизофренические реакции
(отказа, избегания, юношеской несостоятельности и др.)
- 2** Форпостсимптомы
(транзиторные эпизоды с «альтернативным переживанием реальности» [Dawson et al, 2000])
- 3** Негативные изменения
(Психопатоподобные, астенические, псевдоорганические)

Продромальные симптомы шизофрении

Фактор «негативные симптомы» (анализ шкалы SOPS)

Howkins K.A. et al, 2003.



СИСТЕМАТИКА БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ В МКБ 10

Хронические бредовые расстройства - F22

Основная форма – бредовое расстройство (F22.0) в виде систематизированного (интерпретативного) бреда (преследования, величия, ипохондрического, ревности или эротического)

Острые и транзиторные психотические расстройства - F23

Подразделяются по признакам остроты и длительности бреда (чаще чувственного), наличия (F23.0)/отсутствия (F23.1, F23.2) симптомов шизофрении и связи с острым стрессом

Индукцированное бредовое расстройство - F24

Вялотекущая шизофрения

- эндогенный малопрогрессирующий процесс, в активной фазе развития включающий базисные расстройства, образующий коморбидные связи с психопатологическими образованиями невротических, аффективных и параноических регистров

Расстройства шизофренического спектра

(латентная шизофрения, шизотипическое расстройство личности, шизофреническая конституция, псевдопсихопатии, псевдоневрозы)

- состояния эндогенной природы, но без признаков процессуальной прогрессирующей тенденции, обнаруживающие в рамках динамики тенденцию к формированию психогений (шизофренические реакции), либо к "отщеплению" от патологически стойких нажитых (или врождённых) патохарактерологических комплексов феноменологически оформленных психопатологических расстройств (псевдоневрозы)

Психопатоподобная шизофрения (эволюционирующая шизоидная форма [А. Еу, 1955])

ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ

```
graph TD; A[ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ] --> B[Метафизическая интоксикация]; B --> C[Аутизм с отрывом от реальности по типу «чуждых миру идеалистов» [Е. Kretschmer, 1930; В.И. Максимов, 1987]]; C --> D[Дефект типа «Ferschrobene»];
```

Метафизическая интоксикация

**Аутизм с отрывом от реальности
по типу «чуждых миру идеалистов»
[Е. Kretschmer, 1930; В.И. Максимов, 1987]**

**Дефект типа
«Ferschrobene»**

Шизофрения с обсессивно-фобическими расстройствами



Шизофрения с истерическими расстройствами

ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ

диссоциативный психоз
(магическое мышление, бред и галлюцинации воображения, образный ментизм с явлениями психического автоматизма)

изолированные конверсии
(афония, контрактуры)

истерокататония

истероипохондрия:
истерофобии
(канцеро-, кардиофобия и др.),
вегетативные расстройства
(анестезии, тремор, одышка),
телесные фантазии

Шизофрения с органо-невротическими расстройствами (ипохондрическая шизофрения)

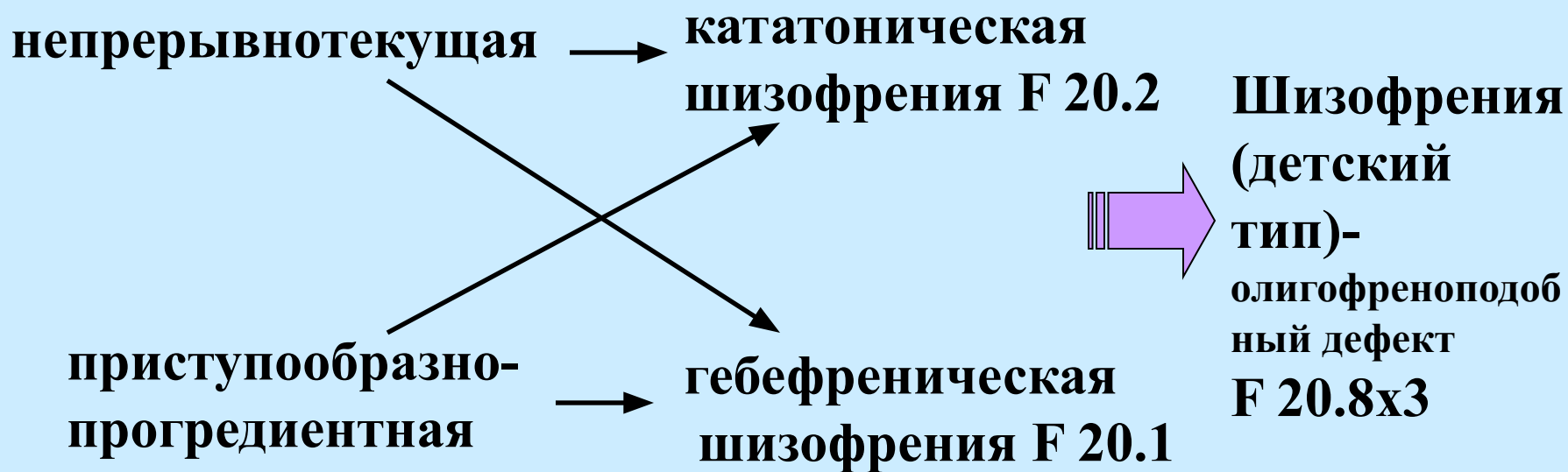
Осевые СИМПТОМЫ

Аффинитет к функциональным расстройствам сердечно-сосудистой и дыхательной систем

Видоизменение течения органического невроза с хронификацией, явлениями нозофобии, полисистемностью функциональных расстройств, образованием сенестоалгий, сенестопатий

Астенический дефект

Формы злокачественной рано начавшейся шизофрении



Психический дефект при шизофрении

Факторы, влияющие на формирование негативных изменений

- **Темп прогрессивности заболевания**

Наиболее тяжелые формы дефекта (псевдоорганические) наблюдаются при злокачественной (ядерной) шизофрении

- **Пол**

У мужчин появление симптомов дефекта происходит раньше, а «конечные» состояния формируются быстрее

- **Возраст манифестации**

Наиболее грубые варианты дефекта наблюдаются при начале заболевания в детском (олигофреноподобный дефект) и подростковом возрасте

Клиническая картина негативных изменений (резидуальная шизофрения – F20.5)

**Негативные
изменения
на личностном уровне**

**ПСИХОПАТОПОДОБНЫЙ
ДЕФЕКТ**

**Негативные изменения,
ответственные за
снижение психической
активности**

**ПСЕВДООРГАНИЧЕСКИЙ
ДЕФЕКТ**

Псевдоорганический дефект

Нивелировка личностных особенностей

Дефект

- псевдоорганический (Внуков В.А., 1937)
- типа простого дефицита (Еу Н., 1985)
- астенический (аутохтонная астения) (Glatzel J., 1978)
- Падение психической активности и продуктивности
- Интеллектуальное снижение
- Ригидность психических процессов
- Сужение контактов и круга интересов
- Снижение уровня личности

Психопатоподобный дефект

Гипертрофия отдельных свойств личности

Дефект типа фершробен

(Birnbaum K., 1906; Воробьев В.Ю., Нефедьев О.П., 1987)

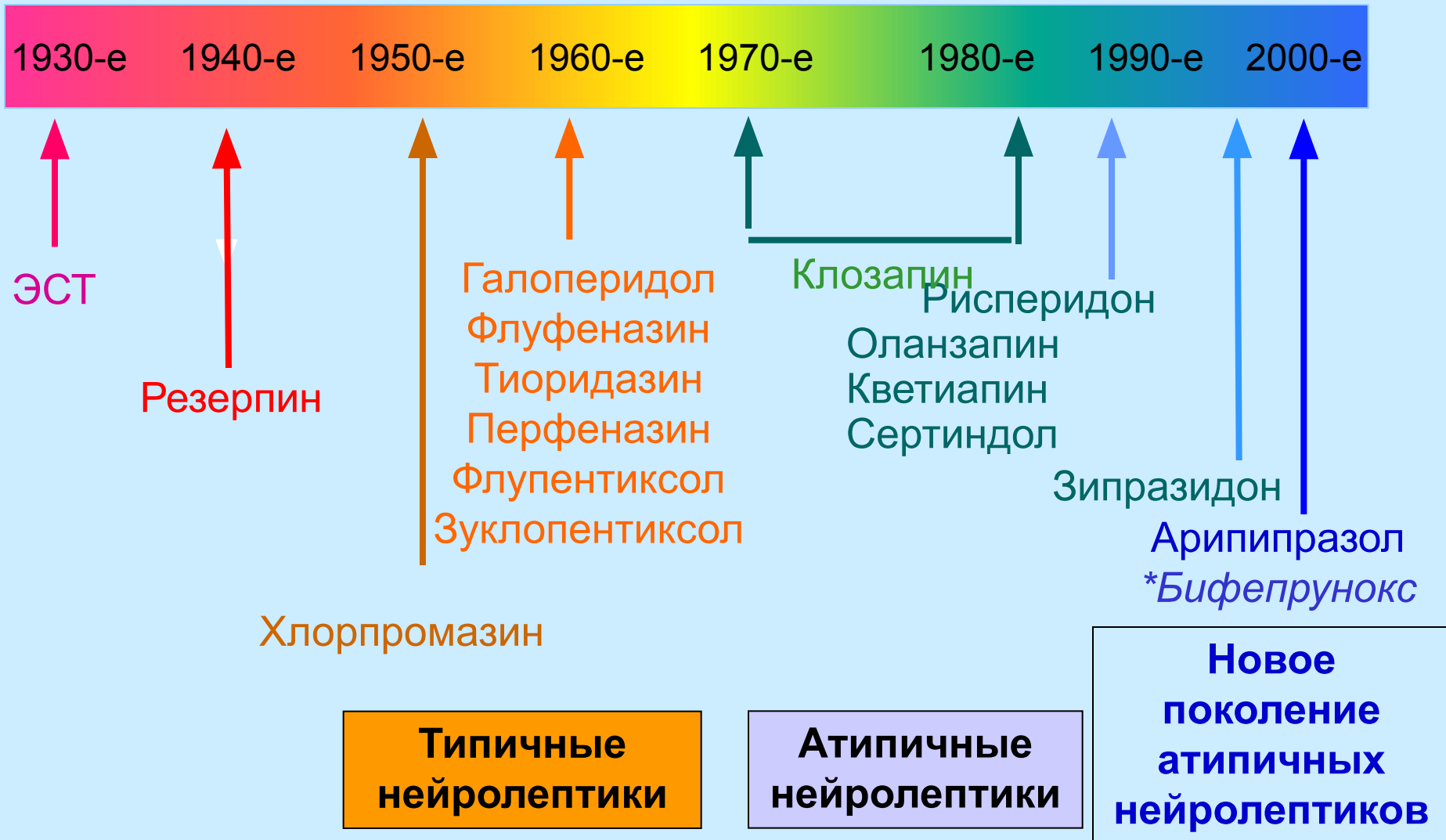
- Грубый сдвиг психэстетической пропорции
- Нарастание странностей, чудачеств и нелепостей в поведении

Дефект типа дефицитарной шизоидии

(Шендерова В.Л., 1974)

- Усиление пассивности, безынициативности, зависимости
- Снижение социального стандарта

Этапы развития терапии психотических расстройств



* In clinical development

Клинический пример.

Пациент П., 46 лет, инвалид II группы по общему заболеванию.

Из анамнеза: Рос подвижным, активным, выносливым, занимался спортом. Читать не любил. После службы в армии устроился на завод, где ценили за трудолюбие. Женился в 36 лет на женщине с двумя детьми.

В 2000 г. (41 год) на лице появились акнеформные высыпания, сопровождавшиеся болью. Затягивал лицо полотенцем, выдавливал гной, ковырял иголкой ранки, чтобы уменьшить боль. Лечился от пиодермии, но боли стали распространяться на другие участки тела, где также наносил себе повреждения для облегчения состояния.

Неоднократно лечился в стационарах различного профиля (в т.ч. хирургических) с тяжелыми соматическими диагнозами вплоть до хронического сепсиса. Перестал справляться с нагрузками. Развелся с женой, резко ограничил круг общения. С ноября 2001 г оформлена II группа инвалидности по общему заболеванию.

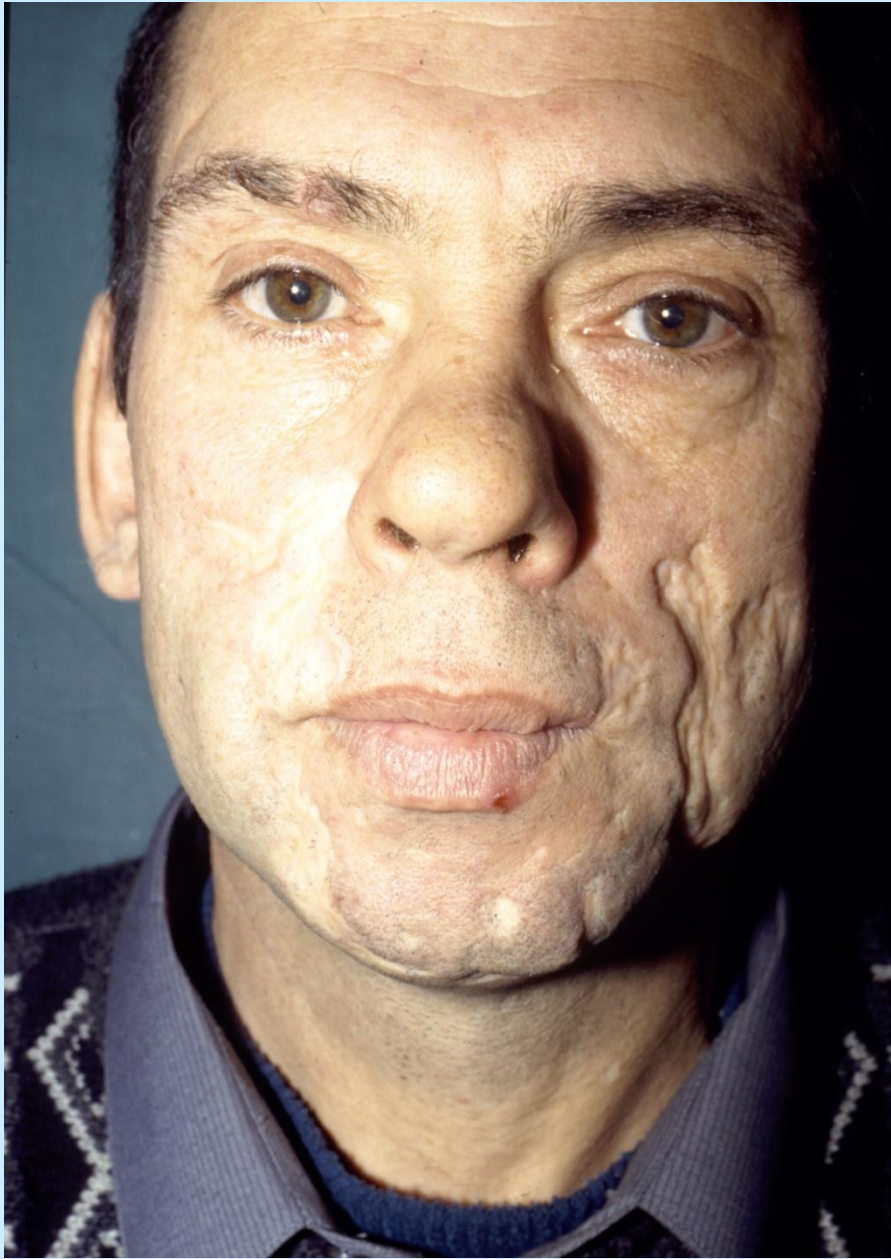
Сомато-неврологически: Патомимия (массивное поражение кожных покровов, обусловленное психическими расстройствами путем систематических самоповреждений).

Психический статус

Неряшлив, гипомимичен. На коже лица, рук, ног, спины уродливые шрамы, свежие раны. На пальцах рук контрактуры. Демонстрирует толстую папку со всевозможными обследованиями.

Жалуется на нестерпимые боли в местах поражения в виде распираания; показывая на старые шрамы, говорит, что это не его тело, а нечто инородное, что необходимо удалить.

Отмечает боли в суставах и мышцах, тошноту, сухость во рту, жидкий стул со слизью, учащенное дыхание, подъемы температуры, ощущение пленки на глазах. Отмечает слабость, разбитость, утомляемость, трудности при выполнении бытовых действий.



Обсуждение

Состояние определяется синдромом ограниченной ипохондрии бинарной структуры: коэнестезиопатии (идиопатические алгии с отчуждением определенных частей своего тела) с тяжелыми артефактными самоповреждениями

Заболевание манифестировало сенесто-ипохондрической симптоматикой у больного с параноическим преморбидом: эмоциональная обедненность, ригидность, узость интересов, настойчивость в достижении цели, рационализм, монотонная «заряженность» в работе.

Течение заболевания характеризуется нарастанием дефекта: астенические изменения, падение работоспособности, психопатоподобные проявления в виде раздражительности, возбудимости, эмоционального обеднения, нарастания аутизма.

Диагноз: Шизофрения ипохондрическая с явлениями *circumscripta* ипохондрии, массивным аутоагрессивным поведением, выраженными негативными изменениями, РЭПом, потерей трудоспособности.