

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Шизофрения простой тип

Зав. Кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнил: Ермолаев Иван Петрович

План

1) Актуальность.....	3
2) Определение.....	4
3) Этиология и патогенез.....	4
4) Общие критерии шизофрении	5
5) Критерии простой формы шизофрении.....	7
6) Клиническая картина.....	7
7) Типы простой формы шизофрении.....	8
8) Лечение.....	10
9) Заключение.....	11
9) Список используемой литературе.....	11

Актуальность

Простая форма шизофрении не обладает яркой клинической картиной, как параноидная, в связи с чем существуют трудности при попытке разграничить характерные для нее симптомы и общие нозологические критерии шизофрении. Это достаточно редкое, с медленно прогрессирующим течением расстройство, при которой доминирующими являются симптомы негативного спектра, у пациентов утрачиваются такие качества, как воля, эмоции и интеллект и пр., заболевание начинается «исподволь», как бы незаметно в подростковом возрасте, родители списывают странное поведение детей на «плохой характер», усталость после школы, с этим связано позднее обращение родителей за помощью к специалистам, что отсрочивает лечение. Особенность этой формой заключается в том, что в ней как правило отсутствуют нарушения мышления по содержанию, зачастую пациенты не высказывают бредовые идеи, у них нет галлюцинаций, однако у больных при патопсихологическом исследовании обнаруживаются грубые формальные нарушения мышления. Пациенты, не смотря на свой молодой возраст, создают впечатление людей, страдающих шизофренией десятки лет, хотя на деле может быть, что ребенок болен недолгое время. Вовремя поставленный диагноз, правильное лечение и оптимальные реабилитационные мероприятия способны создать условия для комфортной жизни больного и его родственников.

Определение

Простая форма шизофрении — нечастое психическое расстройство с преимущественно негативными шизофреническими симптомами, симптомами первого ранга по К. Schneider. Шизофрения данного типа развивается обычно в более позднем возрасте, чем кататоническая и гебефреническая, но раньше, чем параноидная, преморбидно у лиц с контрастными особенностями характера или у робких, пугливых, застенчивых, инфантильных. Она характеризуется постепенным развитием неадекватного поведения и социальной отгороженности, а также неуклонным снижением работоспособности. Чаше эта форма шизофрении начинается постепенно, течение её вялое, медленное, непрерывно-прогредиентное, наступление ремиссии и прекращение процесса разграничить практически невозможно, однако то и другое не исключено, на что указывают многочисленные отечественные и зарубежные исследователи.

Этиология и патогенез

Принято считать шизофрению полиэтиологической группой расстройств, в основе которых нарушения гомеостаза в различных нейромедиаторных системах ЦНС. Особый интерес вызывает дофаминэргическая система. Дофамин играет важную роль в подкреплении положительными эмоциями новых навыков, обеспечивает обучаемость, участвует в механизмах памяти, воли, эмоций. Классически выделяют 4 дофаминовых пути. Тубероинфундибулярный путь берет начало из гипоталамуса и заканчивается в гипотезе, на этом уровне происходит регуляция уровня пролактина. На фоне лечения антипсихотиками второго поколения не редко можно наблюдать повышения уровня пролактина в крови, у женщин это проявляется в галакторее, нарушении менструального цикла, а у мужчин снижением либидо, развитием гинекомастии. Это происходит в результате блокирования дофаминовых рецепторов в гипоталамусе. Дофамин по отношению к пролактину является антагонистом, поэтому в связи с тем, что нечему конкурировать с пролактином, этот гормон накапливается в крови. Нигростриарный путь, начинается из черной субстанции и заканчивается в стриатопаллидарной системе. В этой структуре присутствует бледный шар, который выполняет функцию торможения произвольных двигательных актов, благодаря ему у нас нет тремора, а движения точны и безошибочны. Анатомически рядом с ним есть Полосатое тело, выполняющее стимулирующую функцию, благодаря ему наши движения легки и пластичны, мышцы гибкие и мягкие, мы способны получать удовольствия от движения. Патология в этой системы возникает в двух случаях. 1) при Болезни Паркинсона, когда происходит атрофия клеток черной субстанции, а дофамин просто не выделяется в стриопаллидарную систему, в таком случае мы можем наблюдать типичную картину тремора, ригидности, акинезии. 2) при лечении антипсихотиками первого поколения, имеющих высокое сродство с D2 рецепторам – при блокировании, происходит то же самое, что и при БП. 3) путь берет начало из вентральной области покрышки среднего мозга и охватывает всю лимбическую систему, а также дает небольшие веточки в базальные ганглии, что обеспечивает ощущения удовольствия от работы, подкреплении положительными эмоциями двигательных программ. Лимбическая система ответственна за такие феномены как воля, желания, влечения, страхи, тревоги, опасения. Мезокортикальный путь из среднего мозга продолжается в префронтальной области больших полушарий, он задействован в процессах мотивации и эмоциональной реакции. Участвует в формировании адекватного поведения, индивидуальных поведенческих программ, планов и действий. Касаемо простой формы шизофрении вопрос очень дискуссионный, во-первых, этиология шизофрении неизвестна и по сей день, однако можно предположить, что мезокортикальный путь играет важную

роль в развитии простого типа шизофрении. Согласно дофаминовой модели А. Карлсона за счет снижения глутаматэргической активности в префронтальной области опосредованно происходит снижения дофаминовой активности, что в результате приводит к гиперкомпенсации в либической системе. Подобное объяснение шизофрении является более подходящим для параноидной формы, однако для простого типа эта схема развития болезни подходит в меньшей степени. Негативную симптоматику принято считать необратимой, в некотором смысле «рубцом», но и на этот счет тоже в последнее время ведутся постоянные споры.

Следует обратить внимание на интересный момент: большинство факторов риска шизофрении являются врожденными или затрагивают ранний период жизни, а болезнь проявляется спустя 17–18 лет. Объяснить этот факт может модель развития шизофрении, связанная с понятием синаптического «прунинга» (pruning) — прореживания избыточных нефункциональных синаптических связей. В норме у детей 3–5 лет нейроны имеют большое количество синаптических связей. В процессе развития человека в подростковом возрасте происходит устранение («прунинг»), излишних синаптических связей, уменьшается плотность корковых синапсов, в результате чего мозг взрослого человека становится более эффективным, специализированным, зрелым, способным к логическому мышлению, абстрагированию, математическим навыкам. В ряде случаев наблюдается избыточная редукция синаптических связей либо возможна ситуация, когда этих связей изначально было немного (в силу генетических особенностей, перинатальной патологии), и физиологический «прунинг» приводит к снижению синаптической плотности, препятствующей нормальному функционированию мозга.

Критерии шизофрении

Основными группами симптомов, характерными для шизофрении являются:

- позитивные симптомы;
- негативные симптомы;
- когнитивные симптомы.

Позитивные симптомы, т. е. феномены, которых в норме не бывает, «избыточные». К ним относят бред, галлюцинации, грубую дезорганизацию речи и поведения. Эти симптомы обращают

на себя внимание в первую очередь, на них основывается диагностика шизофрении, хотя они и являются неспецифическими для данного заболевания. Продуктивные симптомы выявляются на основании высказываний пациента и анализа его поведения.

Негативные симптомы — выпадение присутствующих в норме характеристик (бедность речи, эмоциональное уплощение, дефицит воли, ангедония, социальная изоляция и др. Именно негативные симптомы во многом определяют суть шизофрении. Эти симптомы в сочетании с когнитивными нарушениями ограничивают возможности функционального восстановления пациентов с шизофренией, препятствуют их способности участвовать в лечебных программах.

Основные домены негативных симптомов (В. Kirkpatrick, 2006)

Домен	Область нарушения	Проявления
Алогия	Нарушение коммуникации	Бедность речи, пациенты говорят мало, односложно, наблюдается снижение спонтанности речи
Аффективное уплощение	Нарушение проявления эмоций	Снижение степени выраженности и богатства эмоциональных реакций (восприятие, переживание, экспрессия). Снижение мимической и голосовой выразительности
Асоциальность	Нарушение социализации	Снижение социальных коммуникаций, общения. Например, отсутствие интереса к сексу, отсутствие друзей, нежелание формировать тесные отношения
Ангедония	Нарушение способности получать удовольствие	Снижение интенсивности положительных эмоций, способности получать удовольствие. Например, ранее существовавшие интересы или хобби не приносят радости
Абулия	Мотивационные нарушения	Снижение побуждения, мотивации, целенаправленности действий. Например, неспособность выполнять повседневные задания, нарушение личной гигиены

Когнитивные симптомы — нарушение познавательных функций, внимания, скорости обработки информации, кратковременной памяти, способности планировать свою деятельность и принимать решения, гибкости мышления (изменение стратегии в зависимости от изменившихся условий), социальных когниций (способности понимать эмоции и намерения других людей). Также часто бывает затруднено понимание юмора, шуток, иносказаний.

Общие диагностические критерии шизофрении и её подтипы:

Общие диагностические критерии шизофрении представлены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В соответствии с ними на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее 1 месяца должны отмечаться:

1. Минимум один из следующих признаков:

а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость

мыслей (их «радиовещание»);

б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей либо к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные голоса, комментирующие, разговаривающие между собой или другие, которые исходят из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию.

2. Или минимум два признака из следующих:

а) постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания;

б) неологизмы, прерывание мыслительных процессов, приводящие к разорванности или несообразности в речи;

в) кататонические проявления (возбуждение, застывания или «восковая гибкость», негативизм, мутизм, ступор);

г) негативные симптомы (выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций);

д) значительное и последовательное качественное изменение поведения, проявляющееся утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Код МКБ 20.6 Простая шизофрения.

Для данного расстройства характерны следующие особенности клиники:

А. Медленное прогрессирующее развитие на протяжении не менее года всех трех признаков:

1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией;

2) постепенное появление и углубление "негативных" симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы и бедность невербального общения (определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы);

3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

Б. Отсутствие в какое бы то ни было время аномальных субъективных переживаний, на которые указывалось в 1 в 20.0- 20.3, а также галлюцинаций или достаточно полно сформировавшихся бредовых идей любого вида, т. е. клинический случай никогда не должен отвечать критериям любого другого типа шизофрении или любого другого психотического расстройства.

В. Отсутствие данных за деменцию или другое органическое психическое расстройство как они представлены в секции 00-F09.

Клиническая картина:

У больных отмечаются такие преморбидные черты личности, как застенчивость, робость, тревожность, инфантильность, а также выраженные шизоидные черты — от чрезмерной чувствительности и ранимости до апатичности, холодности и «аффективной тупости». В начале течения болезни психическое расстройство выражается в заострении черт, напоминающих акцентуацию характера, а затем происходит искажение черт. Личность

подростков, обладающими такими качествами как усердность, послушность, вежливость внезапно изменяется: они становятся грубыми в общении, теряют чувства к близким родственникам или даже начинают проявлять к ним ненависть и необоснованную жестокость, перестают посещать занятия, бесцельно лежат на кровати и ощущают безразличие к полезным занятиям, долго спят или бродяжничают, пренебрегают правилами гигиены и не следят за одеждой. Голос становится монотонным, а мимика и моторика невыразительными.

Вместо продуктивной симптоматики многие больные начинают размышлять на отвлечённые темы, о устройстве мира, космоса, придумывать различные гипотезы погружаются в изучение смысла жизни, смерти, увлекаются эзотерикой, что можно рассматривать как симптом метафизической интоксикации. Больной может заниматься построением оторванных от реальности теорий философии, решением запутанных математических задач, бесцельным изобретательством, коллекционированием ненужных вещей и т. п., больной пытается создать «сверхкатегорию», обобщить необобщаемое.

Стойкие галлюцинации и бред при простой форме шизофрении обычно отсутствуют, но транзиторная симптоматика очень редко, может отмечаться, обычно это происходит в начале заболевания, могут отмечаться нестойкие бредовые идеи отношения преследования, однако они непродолжительные и могут редуцироваться без медикаментозной помощи. Реже появляются кататонические или аффективные нарушения. Некоторые исследователи и вовсе заявляют, что бреда и галлюцинаций не возникает, могут проявляться лишь рудиментарные галлюцинаторные расстройства («оклики») и эпизодическая бредовая настороженность. Часто отмечаются адинамические депрессии, сенестопатии и дисморфофобии.

Нейрокогнитивный дефицит при простой шизофрении проявляется в ухудшении памяти, рассеянности, трудности при планировании какой-либо деятельности и слабости суждений.

Для простой формы шизофрении присущи формальные расстройства мышления: «расстройства ассоциативного процесса», «расстройства процесса мышления». Проявляется это в обеднении речи, перерывами в ассоциативном процессе, ненамеренном соскальзывании с темы на тему. Может отмечаться чувство открытости мыслей (когда другие люди якобы могут видеть или слышать мысли больных), задержка исчезновения, наплывы или неподчиняемость мыслей. Также могут появиться стереотипии: покачивания, жесты, покашливания, в литературе не редко подобны расстройства рассматриваются в рамках стёртых кататонических симптомов. Могут присутствовать жалобы ипохондрического содержания.

В начальном периоде заболевания характерно преобладание психопатоподобной невротоподобной и апато-абулической симптоматики. В дальнейшем наблюдается нарастание апато-абулического синдрома и снижение энергетического потенциала, нарастание явлений психического автоматизма, и формирование психического дефекта.

Близкие родственники больного могут не замечать проявления болезни и считать это плохим характером или ленью.

Типы простой шизофрении:

Типичный («классический») вариант

Данный вариант характеризуется постепенным, часто малозаметным для родственников больного началом. В клинической картине заболевания на первый план выступают нарастающие утрата интересов, забрасываются прежние увлечения, дружеские связи, как правило, запускается учеба. Такие дети становятся все более замкнутыми, теряют прежнее чувство юмора, совершают странные и необъяснимые поступки, у них появляются

безосновательные и порой нелепые страхи, жалобы на то, что они боятся «сойти с ума». Постепенно больной перестает следить за собственной гигиеной – не умывается, не хочет причесываться, менять белье и постельные принадлежности. Мышление таких пациентов становится все более витиеватым, часто от них можно услышать, что «теряется мысль» или же беспокоят «потоки и наплывы мыслей». У многих больных нарушается сон, когда они с вечера часами не могут уснуть и засыпают лишь под утро или днем, или же, наоборот, просыпаются очень рано. В ряде случаев аутистические построения таких детей приводят к своеобразным, удивляющим окружающих, высказываниям или поступкам. Быстро нарастающие расстройства эмоций, мышления, воли, прогрессирующая аутистическая симптоматика приводят к выраженному апато-абулическому дефекту уже через 1–3 года от начала заболевания.

Вариант с преобладанием поведенческих нарушений в дебюте

Для больных этой группы типичным является начало заболевания с выраженных нарушений поведения, не свойственных им ранее – уходов из дома, бродяжничества, общения с асоциальными и антисоциальными личностями и компаниями, делинквентное поведение. Такие больные воруют из дома деньги, ценные вещи, часто становятся вспыльчивыми и агрессивными, отказываются ходить в школу, а если приходят туда, то устраивают скандалы, драки, вступают в конфликт с учителями. Одновременно с поведенческими нарушениями у этих детей, как правило, появляются неряшливость, они перестают следить за своим внешним видом; часто от них можно услышать, что с ними «что-то творится», «как-то не по себе», «как будто схожу с ума» и другие подобные высказывания. Через 3–6 месяцев от начала расстройств поведения у больного заметными становятся эмоциональная холодность, отсутствие продуктивных контактов с окружающими, потеря друзей, неряшливость и неопрятность, нарушения мышления (шперрунг, явления ментизма, резонерства и др.).

Вариант с галлюцинаторными и(или) бредовыми включениями в дебюте заболевания

Для пациентов данной группы характерно наличие в клинической картине заболевания, наряду с нарастающей негативной симптоматикой, отдельных галлюцинаторных эпизодов или же отрывочных бредовых высказываний. Наблюдаются, например, такие обманы восприятия, как акоазмы, когда больные говорят об «окликах» по имени, звонках в дверь, по телефону. Реже можно отметить сложные вербальные галлюцинации – больной «слышит» отдельные слова или даже фразы, причем, возможно, как истинное, так и псевдогаллюцинирование. В ряде случаев наблюдаются отдельные обонятельные, тактильные или зрительные обманы восприятия. Бредовые высказывания в случае их появления носят нестойкий характер, могут проявляться идеями воздействия, элементами синдрома психического автоматизма или в иных формах. Следует отметить, что галлюцинаторные или бредовые включения никогда не являются ведущими и определяющими клиническую картину. Подобные психопатологические продуктивные расстройства преимущественно можно наблюдать в дебюте простой формы шизофрении. В дальнейшем, через 2–5 месяцев, они исчезают, и диагностическая оценка заболевания в большинстве случаев не вызывает сомнений, что является особенностью простой формы шизофрении у детей и подростков.

Вариант с астеноэнергическим синдромом в дебюте заболевания

У больных этой группы заболевание дебютирует с таких проявлений, как ощущение усталости, разбитости, слабости. Многие больные запускают школьные занятия, подолгу лежат в постели, жалуются на головные боли, неприятные ощущения в теле, потерю сил,

быструю утомляемость, отсутствие интереса к происходящему вокруг них. Подобная клиническая картина соответствует юношеской астенической несостоятельности Глатцеля Хубера, но наблюдается, как в юношеском, так и в младшем подростковом возрасте. Длительность синдрома варьирует от 1–2 месяцев до 2–2,5 лет. В дальнейшем на первый план выступают эмоциональное обеднение, нарушения мышления, аутизм, волевые расстройства, то есть речь идет о вполне типичной и не вызывающей сомнений клинической картине простой формы шизофрении.

Вариант с проявлениями аноректического синдрома

Возможно два основных варианта проявления аноректического синдрома у больных простой формой шизофрении: 1) в дебюте, когда в течение нескольких недель и до одного года данный синдром является ведущим в клинической картине заболевания, и лишь затем вытесняется характерной шизофренической симптоматикой; 2) аноректический синдром на фоне уже имеющихся проявлений простой формы шизофрении, когда давность заболевания составляет от 6 месяцев до 2–3 лет. У таких больных появляются достаточно стойкие идеи отказа от приема пищи, так как они «слишком толстые», «чересчур много весят», имеют «толстые» щеки, бедра, ягодицы, живот и некоторые другие части тела. Как правило, идеи имеют сверхценный характер. Попытки уменьшить свой вес приводят к использованию диет, когда из рациона исключаются те или иные продукты (мучное, сахар, шоколад, картофель). В ряде случаев ребенок отказывается есть жареную или, наоборот, вареную пищу, требует, чтобы все было запечено или все было сырым. Достаточно часто прибавка в весе (например, уже в условиях стационара) не вызывает у такого пациента выраженной негативной реакции, но может появиться отказ от определенных, не обязательно калорийных, продуктов.

Лечение:

Медикаментозный подход при простой форме шизофрении подразумевает назначение малых доз препаратов-нейролептиков. Лекарства сочетают с приемом антидепрессантов, ноотропов и других препаратов для нормализации обмена веществ. Выбор антипсихотика зависит от преобладающих расстройств. Если у пациента преобладают невыраженные расстройства поведения, с развитием олигофреноподобного дефекта личности, то возможно назначить Неулептил, при выраженных нарушениях, конфликтности, раздражительности, уместно назначить более сильные антипсихотики Тизерцин, Хлорпромазин. Если пациент апатичен, пассивен, медлителен, то в этом случае возможно применение в низких дозах Рисперидона или Карипразина.

Заключение:

Прогноз у пациентов с простым типом шизофрении крайне неблагоприятный, данное расстройство протекает злокачественно, приводя к выраженному дефекту личности при этом, не выражаясь в продуктивной симптоматике. Пациент теряют «ядро» личности, разрушаются изнутри, теряют интерес к прежним увлечениям, перестают общаться с родными, бросают школы, университеты. В домашних условиях становятся невыносимыми – ругаются и конфликтуют с родными, при этом их поведение теряет целенаправленность, становится дезорганизованным. Эмоциональные реакции становятся скудными, настроение апатичными, а волевые качества стираются, от человека остаются лишь «руины». Заболевание начинается в подростковом возрасте, протекает непрерывно, тяжело, оставляя «рубец» на личности человека. Некоторые исследователи предполагают, что не смотря на то, что принято считать манифестацию простой формы шизофрении в подростковом возрасте, нужно учитывать и препорбидный фон, а также выделять момент до манифестации как продром, такие больные в детском возрасте уже имеют некоторые признаки болезни, а также элементы психопатоподобного поведения.

Список используемой литературы:

- 1) В.А.Жмуров «Частная психопатология» издательство Умный доктор, 2018г
- 2) Торопова А.И., Мочалова А.С. Современные представления о шизофрении, Современные научные исследования и инновации. 2018. № 6
- 3) <http://ncpz.ru/lib/55/book/91/chapter/6>
- 4) М. М. Скугаревская Учебно-методическое пособие «Шизофрения», Минск БГМУ 2021г.
- 5) <https://psychiatr.ru/education/slide/348>

Заключение:

Прогноз у пациентов с простым типом шизофрении крайне неблагоприятный, данное расстройство протекает злокачественно, приводя к выраженному дефекту личности при этом, не выражаясь в продуктивной симптоматике. Пациент теряют «ядро» личности, разрушаются изнутри, теряют интерес к прежним увлечениям, перестают общаться с родными, бросают школы, университеты. В домашних условиях становятся невыносимыми – ругаются и конфликтуют с родными, при этом их поведение теряет целенаправленность, становится дезорганизованным. Эмоциональные реакции становятся скудными, настроение апатичными, а волевые качества стираются, от человека остаются лишь «руины». Заболевание начинается в подростковом возрасте, протекает непрерывно, тяжело, оставляя «рубец» на личности человека. Некоторые исследователи предполагают, что не смотря на то, что принято считать манифестацию простой формы шизофрении в подростковом возрасте, нужно учитывать и препорбидный фон, а также выделять момент до манифестации как продром, такие больные в детском возрасте уже имеют некоторые признаки болезни, а также элементы психопатоподобного поведения.

Список используемой литературы:

- 1) В.А.Жмуров «Частная психопатология» издательство Умный доктор, 2018г
- 2) Торопова А.И., Мочалова А.С. Современные представления о шизофрении, Современные научные исследования и инновации. 2018. № 6
- 3) <http://ncpz.ru/lib/55/book/91/chapter/6>
- 4) М. М. Скугаревская Учебно-методическое пособие «Шизофрения», Минск БГМУ 2021г.
- 5) <https://psychiatr.ru/education/slide/348>