**120. Определение понятия шизофрения.**

*Шизофрения* – это хроническое, психическое, эндогенное, прогредиентное заболевание характеризующееся: негативными (непродуктивными) симптомами – апатия, абулия, аутизм, резонерство, разнопланость мышления, паралогичность (утрата логических связей), соскальзывание, вербигерации (периодическое бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз), персеверации (стабильное воспроизведение какого-либо высказывания, деятельности, эмоциональной реакции, ощущения), и позитивными (продуктивными) – иллюзии, галлюцинации, бред.

**121. Причины шизофрении.**

*Иммунологическая теория* (антительная агрессия к мозговой ткани), *аутоинфекционная теория* (эндогенная нейротоксичность как последствие хронических инфекционных заболеваний), *биохимическая теория* (катехоламиновый дисбаланс и индоламиновая интоксикация). *Генетическая предрасположенность.* *Факторы окружающей среды* – перинатальная травма и вирусные инфекции могут способствовать развитию болезни.

*Теорию психогенеза (травматический опыт)* часто предшествует возникновению шизофрении. Прежде чем появятся какие-либо острые симптомы, люди с шизофренией обычно становятся агрессивными, тревожными и несфокусированными. Дебют может спровоцировать проблемы взаимоотношений, развод и безработица.

*Ятрогенная шизофрения* – марихуана и ЛСД вызывают обострения шизофрении. Кроме того, у людей с предрасположенностью к психотическим заболеваниям, таким как шизофрения, использование каннабиса может вызвать первый эпизод.

**122. Основные признаки шизофрении.**

*Позитивная симптоматика*: любые бредовые идеи (чаще – бред психического воздействия), галлюцинации (псевдогаллюцинации слуховые [императивные/комментирующие при параноидной ф.] / зрительные [онейроид при фебрильной и кататонической ф.]), симптом «открытого сознания».

*Негативная симптоматика*: структурные нарушения (аутистически избирательное мышление, резонерство, разноплановость мышления, паралогичность, соскальзывание, персеверации, шизофазия), резонерство (бесплодное мудрствование), разноплановость мышления, паралогичность (кривая логика), соскальзывание, вербигерации, стереотипные короткие фразы.

*Эмоциональная сфера:* эмоциональная обедненность, эмоциональная неадекватность, обеднение мимики и пантомимики, амбивалентность.

*Волевая сфера*: гипо-/абулия (снижение социальной активности, неспособность к трудовой деятельности).

**123. Основные клинические формы шизофрении.**

*Параноидная шизофрения* – характеризуется галлюцинациями, бредом, синдром Кандинского-Клерамбо (слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи психического воздействия (прямые/обратные), психические автоматизмы (прямые/обратные): идеотропные [управления мыслями], сенсорные [управление ощущениями], моторные [управления движениями тела].

*Кататоническая шизофрения* – преобладание кататонического с-ма (кататонический ступор / возбуждение, простой вербальный галлюциноз, активный/пассивный негативизм, эхолалия и эхопраксия). Типы: люцидная, кататоно-онейроидная (онейроид [сценоподобные фантастические зрительные галлюцинации пугающего содержания без активного участия пациента], тотальная дезориентация), гипертермическая.

*Гебефреническая шизофрения* – грубые нарушения эмоционально-волевой сферы, детское поведение, дурашливость. Чаще возникает у детей подросткового возраста.

*Простая шизофрения* – преобладание негативной симптоматики на всем протяжении болезни.

*Недифференцированная шизофрения* – сочетание кататонической, гебефренической, параноидной шизофрении.

*Резидуальная шизофрения* – остаточные симптомы после «отзвучавшего» шизофренического процесса.

*Постшизофреническая депрессия* – долгое ↓настроения, нервозность, ↓двигательная деятельность, бред вины, малоценности. Все на фоне шизофренической симптоматики.

**124. Типы течения шизофрении.**

*Непрерывно-прогридиентный* – развивается постепенно, в течении многих лет, → специфическая деменция. Продуктивные симптомы присутствуют все время, ↑негативные расстройства. В зависимости от степени прогридиентности выделяют: злокачественную (гебефрения, галюцинаторно-бредовая ф., простая ф.), вялотекущая (легкие нарушения → распад личности).

*Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)* – заболевание в виде приступов (2-8 недель), ↓качество ремиссий (1-12 месяцев) при каждом приступе, приступ обогащается новыми симптомами (гебефреничными, галлюцинаторно-параноидными, шизофазичными). Продуктивная симптоматика хорошо поддается терапии, после каждого приступа ↑негативные симптомы → со временем дефект личности, прогрессия после каждого приступа.

*Рекуррентный (периодический) тип* – хроническое течение с толчкообразными приступами – атипичные / маниакальные / депрессивные фазы со стойкими ремиссиями → приступы учащаются и удлиняются. Характерен для шизоаффективных психозов. Негативные симптомы нарастают медленно: после первых приступов – практически здоровы, лишь после серии приступов появляются изменения личности.

**125. Конечное состояние шизофрении. Понятие про ремиссию и дефект.**

Конечные состояния:

(1) *Вяло-апатические:* слабоумие, выраженные шизофренические изменений личности с позитивной симптоматики, апатия, мимика бедная, речь монотонная. Иногда: стереотипные автоматизмы, торпидность мышления, резонерство, паралогичность.

(2) *Акинетические кататонические и негативистические:* глубокий регресс поведения, продуктивные расстройства с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Амимия, абулия, ригидность поз, пассивная подчиняемость, мутизм. Обездвиженность ←→ ритмические покачивания, стереотипными движениями конечностей.

(3) *Гиперкинетические кататонические:* (+«бормочущее слабоумие») гебефренная ф. шизофрении → стереотипное двигательное беспокойство, гримасы, вычурные движения, ритуалы. Иногда: дурашливость, детскость, уменьшительная лексика, мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения.

(4) *Галлюцинаторно-бредовые:* выраженный шизофренический дефект + сохранившаяся и стабильная галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Преобладают отрывочные бредовые идеи величия и преследования (фантастичны и абсурдны) / слуховые псевдогаллюцинации / другие проявления психических автоматизмов («носители голосов») → оскудение и фрагментация симптоматики. Шизофазия.

*Типы ремиссий:**Тип А* (полная ремиссия) – полная редукция позитивных синдромов, слабые негативные. Работоспособность и семейно-бытовое положение в норме. *Тип В* (неполная ремиссия) – полная редукция позитивных симптомов, умеренно выраженны негативные → реабилитация. Ограничение трудоспособности вплоть до спеццехов. *Тип С* – значительная редукция позитивных симптомов (дезактуализированный бред, элементы галлюциноза), выраженные негативные симптомы: апатико-диссоциативный дефект → лечебно-трудовые мастреские. *Частичная ремиссия* (ремиссия "Б") - внутрибольничное улучшение, незначительное купирование всех симптомов → только лечение.

*Дефекты психики:**астенический* (вялость, больные критичны к состоянию), *психопатоподобный* (импульсивность, нетактичность, конфликтность), *паранояльный* (настороженны, обстоятельное мышление), *гипоманиакальный* (↑настроение, многословность, суетливые), *апатико-абулический* (апатичны, бездеятельны, эмоционально уплощены).

**126. Принципы терапии шизофрении.**

*Цели*: устранение или ↓симптомов, профилактика рецидивов, ↓потребности в психиатрической помощи, ресоциализация. Показаниями для *неотложной госпитализации без согласия* больного: *неадекватность поведения* (бред, галлюцинации, болезненная тревоги, страх, растерянности), *возбуждение* (гебефреническое, кататоническое, маниакальное), *депрессия с суицидальными мыслями*.

Основа активной терапии (в приступ) → психотропные средства. *Нейролептики типичные* (выраженный антипсихотический + седативным эффект [галоперидол, тривтозин, аминазин]). *Атипичные нейролептики* (антипсихотическй эффект – ↓негативной симптоматики [рисполепт, солиан]). *Нормотимики* (нормализация эмоционального фона). *Параноидная форма с психомоторным возбуждением, кататоническое и гебефреническое возбуждение, чувством страха и беспокойства* → седаторы, тормозного эффекта (аминазин, тизерцин, галоперидол, клопиксол. *С-м Кандинского-Клерамбо* – (галоперидол, трифтазин, риспопепт, клопиксол, солиан). *Затяжное течение* → (азалептин, солиан).

Поддерживающая терапия (1 приступ → 1 года, 2 приступа → 3 года, 3+ → пожизненно): атипичные нейролептики (при ↓сотрудничества → нейролептики пролонгированного действия [модитен-депо, галоперидол-деканоат, тиоридазин]) + при паркинсонизме, дистонических явлених → циклодолом, трифену, паркопаном. При кататонии, шизоаффективных психозов с депрессией, фебрильной шизофрении → электроконвульсивная терапия.

**127. Клиническая картина маниакально-депрессивного синдрома. Циклотимия.**

*Маниакально-депрессивный психоз* – эндогенное заболевание, (1) биполярный тип течения: с чередованием противоположных состояний (фаз) – маниакальной и депрессивной + светлый промежуток между; (2) монополярный тип течения: только маниакальная / только депрессивная фазы.

*Депрессивная фаза*: резкое усиление негативных эмоций, замедление темпа мышления, заторможенность вплоть до ступора, ↓аппетита, ↓либидо, потеря интереса к чему-либо, расстройство сна, склонность к суицидальным мыслям.

*Маниакальная фаза*: усиление эмоций (эйфория), ↑целенаправленной активности и концентрации внимания, и ее привлечения, ускоренное мышление, ↓потребности во сне. Возможна агрессивность, гипербулия (тяга к деятельности).

*Циклотимия*– форма маниакально-депрессивного психоза, при которой психические нарушения выражены незначительно, возможно полное выздоровление, нет социальной дезадаптации. (1) Субдепрессивные состояния → ↓настроения, ↓волевой активности, расцениваемые как периоды "лености", ↓общительности, немного ↓производительность и инициативность, стремление к одиночеству, ↓разговорчивыми. Многие продолжают ходить на работу, больные "через силу" выполняют домашние обязанности, вызывает у них трудности. (2) Гипоманиакальные состояния: ↑настроения, ↑общаются, быстрая работа, ↑творческий потенциал, ↑производительность труда.