**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.**

Основными признаками являются присутствие:

*Позитивной симптоматики*: любые бредовые идеи, бред психического воздействия, галлюцинации, ложная убежденность в способности извне руководить его психическими функциями.

*Негативной симптоматики*: структурные нарушения (аутистическое избирательное мышление), резонерство (бесплодное мудрствование), разноплановость мышления, паралогичность (кривая логика), соскальзывание, вербигерации, стереотипные короткие фразы.

*Эмоционально-волевая сфера:* эмоциональная обедненность, отсутствие эмоционального оттенка, обеднение мимики, исчезновение окраски голоса.

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

**123. Основные клинические формы шизофрении.**

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

2. Кататоническая шизофрения – преобладание кататонического с-ма (кататонический ступор или возбуждение, простой вербальный галлюциноз, онейроид (погружение в мир фантастики при этом не контактны)).

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

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

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

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

**124. Типы течения шизофрении.**

*Непрерывно-прогридиентный* – развивается постепенно, в течении многих лет, приводит к специфической деменции. Продуктивные симптомы присутствуют все время. На этом фоне неуклонно нарастают негативные расстройства. В зависимости от степени прогридиентности выделяют: злокачественную, вялотекущая, регридиетное (редко).

*Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)* – заболевание протекает в виде приступов, с каждым новым приступом качество ремиссий ухудшается, а сам приступ обогащается новыми симптомами (гебефреничными, галлюцинаторно-параноидными, шизофазичными). Продуктивная симптоматика хорошо поддается терапии, однако после каждого приступа нарастают негативные симптомы. Последствия такого течения болезни – дефект личности, прогрессия после каждого приступа.

*Рекуррентный (периодический) тип* – хроническое течение с толчкообразными приступами в виде атипичных, маниакальных или депрессивных фаз со стойкими ремиссиями. Со временем приступы учащаются и удлиняются. По типу течения шизоаффективные психозы. 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:

*Вяло-апатическим* слабоумием, резко выраженными изменениями личности, характеризуется преобладанием выраженных шизофренических изменений личности, выраженной позитивной симптоматики. Больные вялы, бездеятельны, пассивны. Мимика бедная, речь монотонная. Могут обнаруживаться стереотипные автоматизмы, торпидность и тугоподвижность мышления, резонерство, паралогичность и т.д.

*Акинетические кататонические и негативистические состояния* характеризуются - глубоким регрессом поведения, выраженностью продуктивных расстройств с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Больные бездеятельны, безучастны, почти не обслуживают себя. Их мимика бедная, взгляд отсутствующий, сохранение однообразной позы, пассивная подчиняемость, частичный или полный мутизм. Почти полная обездвиженность временами сменяется однообразными ритмическими покачиваниями туловища, стереотипными движениями конечностей.

*Гиперкинетические кататонические состояния* (в том числе «бормочущее слабоумие») развиваются у больных с гебефренной формой шизофрении. Пациенты постоянно пребывают в состоянии стереотипного двигательного беспокойства, гримасничают, совершают вычурные движения, разнообразные двигательные стереотипии, ритуалы. Одни больные ведут себя дурашливо, по-детски, употребляют много уменьшительных слов. Могут наблюдаться мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения.

*Галлюцинаторно-бредовые состояния* представляют собой сочетание признаков выраженного шизофренического дефекта с сохранившейся и стабилизировавшейся продуктивной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Преобладающими являются отрывочные бредовые идеи величия и преследования, имеющие фантастическое, часто абсурдное содержание. Также возвосжно преобладание слуховых псевдогаллюцинаций и других проявления психических автоматизмов («носители голосов»). Со временем они становятся все более скудными и фрагментарными. Характерны нарушения мышления: наблюдается полная смысловая разорванность при сохранении правильного грамматического строя и интонаций — шизофазия.

***Типы ремиссий:***

Тип А (полная ремиссия) – полная редукция производительных психотических синдромов. При незначительной выраженности негативных симптомов, которые практически не изменяют работоспособность и семейно-бытовое положение больного; профессиональная переориентация необходима только в особых случаях.

Тип В (неполная ремиссия) – полная редукция производительных психотических симптомов с умеренно выраженными изменениями, обусловливающие необходимость проведения реабилитационных мероприятий - смене профессии (работа с ограничением нагрузок), а в некоторых случаях - в случае потери способности к труду - трудоустройство в специальные цеха на промышленных производствах.

Тип С – значительная редукция психотических симптомов (могут быть остаточные бредовые идеи, потерявшие актуальность, и отдельные галлюцинаторные явления) в случае выраженного апатико-диссоциативного дефекта с потерей способности к регулярной и профессионального труда. Больных приспосабливают к работе в лечебно-трудовых мастерских при психиатрических больницах, дневных стационарах.

Частичная ремиссия (ремиссия "Б") - внутрибольничное улучшение - характеризуется лишь незначительным улучшением состояния психотических явлений. Больные подлежат дальнейшему лечению в условиях стационара.

***Дефекты психики:***

Астенический тип – вялость, быстрая утомляемость, больные критично оценивают свое состояние.

Психопатоподобный тип – импульсивность, нетактичность, озлобленность, конфликтность.

Паранояльные тип – поведение настороженное, мышление чересчур детализированное. Гипоманиакальный тип – повышенное настроение, многословность, суетливые. Апатико-абулический тип – апатичны, бездеятельны, эмоционально уплощены.

**126. Принципы терапии шизофрении.**

Направлены на: устранение или уменьшение симптомов, профилактика рецидивов, снижение потребности в посещении лечебного учреждения или госпитализации, создание условий для возвращения пациента к нормальной повседневной деятельности.

Лечение больных шизофренией проводят стационарно и амбулаторно. Показаниями для неотложной госпитализации без согласия больного служат наличие бреда, галлюцинаций, болезненной тревоги, страха, растерянности, которые определяют поведение больного, также гебефреническое, кататоническое, маниакальное возбуждение, выраженная депрессия с суицидальными мыслями. Переживания, которые не влияют на поведение больного, показаниями к госпитализации не является.

Основным методом активной терапии является терапия психотропными средствами. Нейролептики типичные – обладает выраженным антипсихотическим действием, седативным эффектом (галоперидол, тривтозин, аминазин).

Атипичные нейролептики (антипсихотики) – направлены нам снижение негативную симптоматику.

Нормотимики – группа препаратов направленная на нормализацию эмоционального фона.

Параноидной формы шизофрении с выраженным психомоторным возбуждением, чувством страха и беспокойства показаны нейролептики седативного, тормозного эффекта - аминазин, тизерцин, галоперидол, клопиксол; указанные нейролептики показаны при кататоническом и гебефреническом возбуждении. Антипсихотической активностью отличаются галоперидол, трифтазин, риспопепт, клопиксол, солиан, который применяют при параноидной формы - синдрома Кандинского-Клерамбо. В условиях затяжного течения показан азалептин, атипичные антипсихотические (рисполепт, солиан).

Поддерживающую терапию рекомендуют проводить в течение 1 года после первого эпизода шизофрении, в течение 3 лет после второго эпизода, а после третьего эпизода постоянно. Для поддерживающей терапии предпочитают атипичным нейролептикам (рисперидон, оланзапин, солиан). Во время лечения больных, у которых наблюдается недостаточно критическое отношение к болезни, которые нарушают режим приема лекарств, используют нейролептики пролонгированного действия - модитен-депо, галоперидол-деканоат, тиоридазин. Во время лечения нейролептиками могут возникать осложнения в виде нейролептического синдрома: паркинсонизм, акатизия, дистонические явления, которые купируют циклодолом, трифену, паркопаном. Больным с длительностью заболевания до года с их согласия и согласия их родственников проводят инсулинокоматозного терапию. Электросудорожной терапии назначают при кататонии, шизоаффективных психозов с депрессией, фебрильной шизофрении. Проводят с согласия больных и их родственников.

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

Маниакально-депрессивный психоз - эндогенное заболевание, характеризующееся чередованием внешне противоположных состояний или фаз - маниакальной и депрессивной, с наличием светлого промежутка между ними - биполярный течение. В других случаях заболевание может проявляться только маниакальной или только депрессивной фазами - монополярный тип течения.

Депрессивная фаза: резкое усиление негативных эмоций, замедление темпа мышления, заторможенность вплоть до ступора, снижение аппетита, либидо, потеря интереса к чему-либо, расстройство сна, склонность к суицидальным мыслям. Маниакальная фаза: усиление эмоций (эйфория), общее усиление целенаправленной активности и концентрации внимания, и ее привлечения, ускоренное мышление, снижение потребности во сне. Возможна агрессивность, гипербулия (тяга к деятельности).

**Циклотимией** - это форма маниакально-депрессивного психоза, при которой психические нарушения выражены незначительно. При субдепрессивных состояний наблюдается ухудшение настроения, снижение волевой активности, сами больные и окружающие расценивают как периоды "лености". Больные становятся менее общительными, немного снижается их производительность и инициативность. Они стремятся быть в одиночестве, становятся менее разговорчивыми. Многие продолжают ходить на работу, больные "через силу" выполняют домашние обязанности, вызывает у них трудности. При гипоманиакальных состояний настроение больных оптимистичен, они охотно общаются, работу выполняют быстро. Значительно повышается творческий потенциал. Растет производительность труда. Характеризуется практически полным выздоровлением. У этих больных полностью сохраняется социальная адаптация.