



7 Шизофрения ИКД-10 В F 20-29 В F 20-29

Термин шизофрения состоит из греческого слова skizo (раскол) и phren (ум). В начале этого века, как уже упоминал Бонди, шизофрения была определена швейцарским психиатром Евгением Блейлером для группы заболеваний, в которых раскол мышления и чувств поразителен (Bondy B, 2008).

Как уже упоминал Андравис, Краепелин определил появление этого заболевания еще в 1898 году под термином "прекокс слабоумия" (преждевременное слабоумие). В 1911 году Блейлер сформулировал термин "шизофрения" (расщепление сознания) для этого эндогенного психоза, более тесно связанного с психогенной поперечной картиной. В современных классификационных системах концепция шизофрении была изменена в соответствии с МКБ-10 и DSM-IV с целью достижения международного консенсуса. Были включены современные эмпирические данные и необходимость практического применения (Andrawis A, 2018).

Определение

Появление этого заболевания разнообразно и проявляется в виде эго расстройств, заблуждений, галлюцинаций, расстройств формального мышления, психомоторных расстройств и поражающих расстройств. Для того чтобы говорить о патологическом расстройстве, эти критерии должны выполняться в течение более длительного периода времени.

Цитата из точки зрения субъективно пострадавшего пациента, который описывает, что он чувствует внутри себя, когда страдает от этого расстройства:

"Две души живут, ой, в моей груди, и у меня тоже есть внутренний голос! (Что мешает ему спать, что заставляет его спать каждый час, так это его трактор Швайнехунд!"). (там же).

7.1 Эпидемиология

Кого это беспокоит? Можно ли найти его в равной степени среди всех народов и классов? Как уже описывал Бонди, эпидемиологические исследования дают нам ответы на эти вопросы, поскольку в них речь идет не только о цифрах, но и о причине заболевания. Существуют поразительные географические различия. Например, в Вероне/Италии начальный уровень заболеваемости составлял 0,08% в год для 1000 жителей, тогда как в Рочестере/США он был в десять раз выше (Andrawis A, 2018).

В среднем по населению риск заражения этим заболеванием составляет 1%, как для женщин, так и для мужчин.

Как уже упоминал Меллер, частота вспышек заболевания лежит между половым созреванием и 30-летним возрастом, причем мужчины заражаются этим заболеванием несколько раньше, чем женщины. Еврейский подтип проявляется в основном в половом созревании, параноидально-галлюцинаторный подтип с 30 лет, с 40 лет - в поздней шизофрении. Уровень самоубийств по этому заболеванию составляет 10% во всем мире. (там же).

7.2 Этиопатогенез шизофрении

Пусковыми факторами могут быть повреждение мозга или психосоциальные факторы социально-культурного характера и генетическая предрасположенность. Например, в случае родственников первой степени, риск заболевания, как уже объяснил Мёллер, составляет порядка 10%, в случае родственников второй степени - около 5%. Риск этого заболевания возрастает до 40%, если пострадают оба родителя. Генетическая предрасположенность идентичных близнецов составляет 50% и 15% идентичных близнецов (там же).

Важно понимать, что сознание и интеллектуальные способности не ослабляются. Как уже подчеркивали Диллинг и др., изменение личности происходит на продвинутом этапе с потерей чувства индивидуальности, свободы выбора и неповторимости.

Пострадавший человек теряет связь с реальностью, а его товарищи, чувствуя себя ведомым неизвестными силами, теряют связь с реальностью. Как отмечает Бонди, трудно проникнуть во внутренний мир больного и понять эту болезнь. Без видимой внешней причины это заболевание возникает и изменяет личность пораженного человека. Поражена. Здоровые части личности часто остаются рядом с больными (там же).

7.3 Шизофрения с биохимической точки зрения

Центральные нервные дофаминергические структуры действуют, как уже показал Мёллер, в мезолимбической системе чрезмерно активизированы. Они описаны как наиболее важный биохимический коррелят острых шизофренических симптомов. Фармакологические данные подтверждают эту гипотезу, поскольку нейролептики блокируют дофаминергические рецепторы (постсинаптические дофаминовые рецепторы D2) и тем самым оказывают антипсихотический эффект (там же).

По-прежнему неясно, является ли причиной этого расстройства дофаминергическая гиперактивность. Предполагается, что отправной точкой является избыток допамина или повышенная чувствительность дофаминергических рецепторов. Как уже описывал Мёллер, это превышение дофаминергической активности по отношению к другим системам нейротрансмиттеров.

Серотонинергическая и глутаматергическая системы играют важную роль при шизофрении. Эта гипотеза обсуждается и сегодня. Нейролептики являются антагонистами (дофамин D2 антагонисты), они вызывают острые симптомы и галлюцинации. Амфетамины также являются причиной повышенного уровня передачи допамина. Глутаматергическая и дофаминергическая системы тесно взаимосвязаны. Серотонинергическая система также привлекает повышенное внимание, поскольку все нейролептики, помимо вышеупомянутого дофамина D2 антагонизма, имеют антагонизм серотонина-5HT_{2A}. Психосоциальные факторы играют важную роль в качестве причины и причины возникновения шизофрении. Эта болезнь более распространена среди низших слоев общества. Стресс, вызванный гиперстимуляцией, также оказывает негативное воздействие на развитие этого заболевания (там же).

7.4 Психоаналитический взгляд на шизофрению

Как уже описывал Меллер, с психоаналитической точки зрения, слабое эго в детстве способствует вспышке заболевания, как и совпадение генетических рисков с неблагоприятной семейной атмосферой. Как уже описывал Менцос, психические расстройства часто возникают в результате раннего конфликта и его патологической обработки. Это развитие структурного дефицита, который является первичным и вторичным расстройством личности. Особенно первичные приводят к развитию еще 5 групп расстройств (нарциссическое, шизоидное и параноидное расстройство личности, психоз и пограничное расстройство)

7.5 Клинический образец частоты психопатологических расстройств

Клиническая выборка 81 пациента, у которых уже был Андравис (2018), описывала относительную частоту психопатологических симптомов:

Нарушение аффективности (96%):

- эйфорическое поведение, лапшиное поведение (9% каждый)
- Паника и тревога (21%)
- Паратимия (31%)
- подавленное настроение (26%)
- Дисфория / раздражительность, агрессивное напряжение (23%)
- Недоверие (28%)

I расстройство (46%):

- Распространение мыслей / зарубежное влияние мышления (20%)
- Деперсонализация / Реализация (31%)
- прочие внешние воздействия (13%)
- Аутизм (15%)

Формальное расстройство мышления (68%):

- Перебор (19%)
- Отказ от мыслей / блокирование мышления (30%)
- Извращенное мышление (35%)

Нарушение драйва и социального поведения (63%):

- повышенная истощаемость (10%)
- Тенденция к агрессии (19%)
- Тенденция к пренебрежению/потребности в уходе (13%)
- Отсутствие контакта (45%)

Бред (79%):

- Бред любви (3%)
- Бред величия/религиозных заблуждений (11%)
- Бредовое состояние здоровья / заблуждение в отношении преследования (59%)
- Паранойя (48%)
- расстройства воли и психомоторные функции (60%)
- Манеризм (11%)
- Негативизм / аутизм (8% каждый)
- Каталепсия (4%)
- Агитация / апатия / стереотипы (13% каждый)
- Абулии / Уменьшение процентов (28%)
- Ступор (9%)

Галлюцинации (49%):

- Комментарии/диалоги (36%)

- галлюцинации на теле (14%)
- Оптические галлюцинации (18%)
- Другие акустические галлюцинации и разные голоса (15%) (Andrawis A, 2018).

7.6 Симптомы шизофрении

Шизофрения имеет различные проявления. Согласно Блейлеру, аффективное расстройство, так называемое формальное расстройство мышления и расстройство эго, определяется как типичные базовые симптомы. Шнайдер различает симптомы первой и второй степени. Первый уровень включает интерпретирующие голоса, отказ от мыслей, заблуждение и звучание мысли. На втором месте - заблуждения, другие заблуждения чувств и т.д.

Как уже отмечал Мёллер, при диагностике шизофрении важно помнить, что она не обязательно должна проходить параллельно с заблуждением и галлюцинациями. Существуют типы шизофрении, которые не вызывают этих симптомов. Некоторые из симптомов можно обнаружить и при других психических заболеваниях. Поразительно, однако, то, что у 80% людей, страдающих шизофренией, появляются безумные симптомы. Один только один симптом четко не определяет шизофрению как болезнь.

Для того чтобы поставить четкий диагноз, имеет смысл суммировать симптомы в группы.

Как уже описывал Мёллер, симптомы, которые возникают вместе и особенно важны для постановки диагноза, разделены:

1)

(а) Отказ, вдохновение, выражение или распространение мыслей.

б) Бредовые представления о контроле, влиянии, заблуждениях. Ощущения, связанные с движением тела и конечностей или определенными мыслями, действиями или ощущениями.

с) Диалоговый или комментирующий голос или другие голоса, исходящие от части тела, говорящие о пациенте и его поведении.

d) Полностью нереалистичное, долговременное заблуждение, например, быть политической или религиозной личностью или обладать сверхъестественными способностями (например, находиться в контакте с иностранцами или иметь возможность контролировать погоду).

2)

a) Галлюцинации, сопровождающиеся нечеткими, настойчивыми, обреченными иллюзиями без явного аффективного участия или мимолетных мыслей. Эти симптомы проявляются ежедневно в течение недель или даже месяцев.

б) Поток мыслей затрудняется перерывами в мыслях, появлением рассеянности или неологизмов.

с) Воцеленная гибкость или поструральные стереотипы, кататонические симптомы, такие как возбуждение, негативизм, ступор и аутизм (Andrawis A, 2018).

d) Негативные симптомы, как уже описывал Андравис: сглаженные или неадекватные эффекты, явная апатия, обеднение речи, социальная замкнутость, ухудшение работоспособности. Важно, чтобы эти симптомы не вызывались нейролептическими препаратами или депрессией.

3.

Бесцельность проявляется в утраченном отношении к себе, инерции и социальной замкнутости. Эти симптомы типичны для симплексов шизофрении (F20.6).

Для постановки диагноза, по крайней мере, один симптом должен быть однозначным, и по крайней мере два-три, если симптомы не однозначны (из групп I. - III. выше). Кроме того, симптомы должны сохраняться как минимум в течение месяца и более. Если продолжительность более короткая, то следует подумать об остром шизофреническом психотическом расстройстве (F23.2).

Если шизофрения и аффективные симптомы проявляются одновременно и с одинаковой интенсивностью, можно говорить о шизофрении (F25).

Если на мозг воздействуют симптомы абстиненции или интоксикации, шизофрению диагностировать никогда не следует. Аналогичные проявления шизофрении при эпилепсии или других болезнях мозга определены в (F06.2).

F1.5 - повреждение мозга лекарствами (и кофеином)

F1.0 - это расстройство мозга, вызванное алкоголем.

7.7 Классификация шизофрении (там же).

Классификация шизофрении ICD-10 F20.0 - F20.9.

(Диллинг Х., Момбур У., Шмидт М. Х., 2008)

7.7.1 Параноидальная шизофрения

Параноидальная шизофрения (ICD-10 F20.0)

Самый распространенный вид, как уже подтвердил Бонди, - галлюцинации и заблуждения. Пациенты чувствуют себя подслушанными и находящимися под угрозой, управляемыми дистанционно и подверженными влиянию. Их мысли показывают непостоянство и рассеянность. В острой фазе происходят тяжелые, непонятные эмоциональные всплески, "словно одержимые демонами". Слишком много всех симптомов: слишком активный, слишком громкий. Основные симптомы уходят на задний план, в то время как основное внимание уделяется продуктивным симптомам (Andrawis A, 2018).

7.7.2 Гебереническая шизофрения

Гебефреническая шизофрения (ICD-10 F20.1)

Как уже описывал Андравис (2018), это происходит особенно в подростковом возрасте. На первый план выходят аффективные расстройства в смысле не соответствующего возрасту поведения или безразличия в сочетании с расстройством мышления, особенно непредсказуемым, нахальным, наглым, наглым, больше никаких запретов в социальном поведении (Andrawis A, 2013).

7.7.3 Кататоническая шизофрения

Кататоническая шизофрения (ICD-10 F20.2)

Эта форма шизофрении, как уже описывал Андравис (Andrawis, 2013), характеризуется нарушениями драйва и движения. Симптомы внезапно проявляются в тяжелой форме: Волнение, сильное беспокойство с онемением (кататоническое оцепенение) или раздражительность и агрессивность. Бред и галлюцинации как основное расстройство уходят на задний план. Прохождение кататонии во многих эпизодах относительно недолгое. Личность меняется не так сильно, как в других типах.

7.7.4 Недифференцированная шизофрения

Недифференцированная шизофрения (ICD-10 F20.3)

Этот вид шизофрении имеет несколько симптомов без четкого указания диагноза. Как уже объяснялось Диллингом и др., у пациентов либо слишком мало, либо слишком много симптомов (F20.0, F20.1, F20.2, F20.4, F20.5). Упомянутые выше критерии должны быть соблюдены для постановки диагноза (там же).

7.7.5 Постшизофреническая депрессия

Послешизофреническая депрессия ICD-10 F20.4

Как уже объяснял Андравис (Andrawis, 2013), это заболевание следует за шизофренией, типичные симптомы все еще присутствуют, но в умеренной форме. Часто преобладают негативные симптомы. Это не так важно для диагностики этих депрессивных симптомов. Это только временно, в результате того, что психотические симптомы исчезли. Это реакция на болезнь. Здесь не следует необдуманно диагностировать депрессию (F32.2, F32.3 в соответствии с главой -V МКБ-10). Нелегко определить, какие симптомы основаны на действии нейролептических препаратов, которые являются частью депрессии или имеют свое происхождение при сглаживании аффектов, снижении тяги шизофрении. Эта фаза характеризуется высоким риском самоубийства.

При соблюдении трех критериев может быть поставлен диагноз:

1. типичные шизофренические симптомы все еще присутствуют
2. человек страдал от симптомов шизофрении в течение последних 12 месяцев
3. депрессивные, мучительные симптомы проявляются на переднем плане не менее двух недель (там же).

7.7.6 Шизофренический остаточный тип

Шизофренический жилой вакуум типа ICD-10 F20.5

Этот тип встречается в ходе шизофренических психозов. Как уже описывал Мёллер, изменение личности изначально заметно из-за плохой производительности, аффективного выравнивания, тенденции к ипохондрическим симптомам, нарушениям концентрации и депрессивным настроениям. В тяжелых случаях наблюдается массовое отсутствие мотивации и интереса, пренебрежение личной гигиеной и отказ от социальных контактов из-за аутизма. Хроническое заболевание называется отрицательной симптоматикой. Если хронические или негативные симптомы смешиваются с позитивными, можно говорить о "смешанных остаточных" симптомах (там же).

7.7.7 Симплекс шизофрении

Шизофрения симплексная ИКД-10 F20.6

Это расстройство, которое, как уже описывал Андравис (2013), начинается почти незаметно, очень часто в период полового созревания. Прогресс не столь драматичен, безумие и галлюцинации отсутствуют. Пациенты с этим расстройством характеризуются отсутствием драйва, отсутствием интереса или склонностей и живут в уединении. Профессиональные и социальные контакты атрофировались. Ход болезни: Болезнь прогрессирует медленно, пока личность окончательно не растворится.

7.7.8 Другая шизофрения

Другая шизофрения (ICD-10 F20.8)

- К ним относятся неустановленные формы шизофрении.

- зонестетическая шизофрения

Три различных типа шизофрении исключаются:

1. циклическая шизофрения (МКБ-10 F25.2)
2. скрытая шизофрения (МКБ-10 F20.1)
3. острое шизофреническое расстройство (МКБ-10 F23.2)

7.7.9 Неопределенная шизофрения

Неопределенная шизофрения ICD-10 F20.9 F20.9

К ним относятся неуточненные формы шизофрении.

7.7.10 Шизофрения с склонностью к насилию

В общественном мнении, как уже описывал Бонди, шизофреники считаются насильственными. Однако это относится только к отдельным актам насилия, совершенным лицами с психическими расстройствами. Неправда, что большинство преступлений совершают психически больные люди. Исследование, проведенное в Германии с 1955 по 1964 год, показало, что лишь 3% лиц, совершивших насилие, были психически больны и 90% из них были просвещены. Из 10 000 человек, страдающих шизофренией, только 5 из них совершили акт насилия. Однако это противоречит общественному мнению (там же).

7.8 Терапия шизофрении

Терапия состоит из трех составных частей: Психофармакология, психотерапия и социально-терапевтические мероприятия.

Как отметил Андравис (Andrawis, 2013), психофармакология находится на переднем крае. Следует отметить, что сочетание нейролептиков считается полезным только в том случае, если оно оказывает сильное антипсихотическое действие путем смешивания неседатирующего нейролептика с успокаивающим бензодиазепином. На стадии острых психотических эпизодов абсолютно необходимо пребывание в стационаре. Важно

вводить высокую дозу нейролептиков на острой стадии. Именно поэтому учитывается переносимость пациентом побочных эффектов. По окончании острой стадии, когда пациент чувствует себя достаточно стабильно, проводятся психотерапия и социально-терапевтические мероприятия. Необходим осмотр у психиатра или амбулаторного врача.

Если после четырех-шести недель лечения не будет достигнуто успеха, назначается клозапин-нейролептик (Andrawis A, 2013).

Цель терапии:

Цель современной психофармацевтической терапии, как уже писал автор, - стабилизировать эмоциональное состояние, сделать мышление более ясным и упорядоченным. Пациенты чувствуют облегчение и могут снова овладеть световой активностью. Социально-терапевтические мероприятия рекомендуют упорядоченные условия жизни и четко определенные задачи в профессиональной области. Следует избегать конфликтов в семье. Психотерапия обеспечивает дополнительную поддержку на жизненном пути (там же).

7.8.1 Психотерапия шизофрении

С психоаналитической точки зрения, многие психологические проблемы уходят корнями в детство. Цель заключается в том, чтобы сделать личностные структуры видимыми, принимая во внимание неразрешенные травматические переживания в детстве, которые закреплены в бессознательном состоянии. Как отмечает Бонди, свободное общение и интерпретация снов важны для терапии. Репрессивные травмы и конфликты приходят в сознание для того, чтобы обеспечить надлежащую психологическую обработку. Здесь большое значение имеет позитивная воля пациента.

Я думаю, что важно объяснить пациенту, что защита и сопротивление не эффективны в терапии. По словам Фрейда, шизофреники не открыты для психоанализа, что затрудняет контакты. Пациент наводнен стимулами, и исследование опыта раннего детства вносит еще большую путаницу (Andrawis A, 2013).

7.8.2 Поведенческие терапевтические подходы

Другие психотерапевтические меры включают, как уже описывал Меллер (Andrawis 2013), поведенческую терапию на когнитивном уровне, а также улучшение социальных навыков и семейную терапию. Основное внимание уделяется неблагоприятному лечению, которое пробуждает мужество и надежду. Необходимо рассмотреть информацию о заболевании и вариантах лечения, а также факторы, влияющие на социальные конфликты и стресс. Важна мотивация к лечению (психообразование). Также необходимо обсудить все проблемы повседневной жизни, особенно все виды стресса, а также недостаточное с Программа упражнений для содействия когнитивным и социальным стратегиям преодоления трудностей:

Три раздела упражнений, как уже упоминалось Меллером, посвящены когнитивной дифференциации:

Внимание Фокус на улучшении обработки информации и приема информации. Содействие концептуализации и логическому мышлению.

Поощрение когнитивного планирования и самоорганизации в целях преодоления стресса.

Упражнения: Здесь отрабатываются инструментальные модели поведения, позволяющие справляться со стрессовыми ситуациями.

Активная релаксация как дополнительная техника: речь идет о балансе гармонии и дисгармонии для релаксации (там же).

Для дополнительного активного лечения:

Как уже упоминал Бонди, строительство в последние годы общежитий, жилых домов и "охранных мастерских" способствовало лучшему возвращению больных в повседневную жизнь. Население часто враждебно относится к таким мерам. Однако было бы лучше развивать взаимопонимание с психически больными и проявлять к ним солидарность. Целью является терпимость и позитивное развитие межличностных отношений для взаимопонимания, гуманной и позитивной психиатрии. Это, в свою очередь, положительно скажется на пациенте (Andrawis A, 2018).

Профессор доктор Андравис