Шизофрения

Послан ir-ina - 21.10.2011 20:34

Ни для кого не секрет, что в 18 лет большинство детей аутистов переквалифицируют в шизофреников.

Предлагаю вам очень краткую характеристику типов шизофрении. Узнаете ли вы ваших детей в ней?

Дело не в том нравится нам или нет название этого диагноза, а в том - истина ли это?

Шизофрения - эндогенное хроническое психическое заболевание, начинающееся, как правило, в молодом возрас¬те. Для шизофрении характерно «расщепление», распад единства психики (гр. schizo - разделяю, расщепляю; phren -душа, ум, рассудок). Начало болезни в зависимости от формы и типа течения может быть постепенным, подострым и острым. Клиническая картина отличается большим полиморфизмом. Основными диагностическими критериями являются особенности течения процесса и совершенно особый характер изменений личности - своеобразный дефект психики (негативная симптоматика), нарастающий по мере прогрессирования заболевания. При этом особенно страдают мышление, эмоции, волевые процессы.

На ранних этапах заболевания могут иметь место наплывы мыслей (одновременное возникновение множества мыслей, которые путаются и в которых трудно разобраться), остановка, обрывы мыслей (так называемые шперрунги), параллельные мысли. Непродуктивность мышления в дальнейшем выражается в резонерстве (склонность к пустым, бесплодным рассуждениям), появляются символика в мышлении, паралогичность, склонность к неологизмам (образование новых слов, смысл которых окружающим непонятен) и, наконец, разорванность речи.

В эмоциональной сфере, прежде всего, следует отметить нарастание замкнутости, отгороженности от окружающего мира (так называемый аутизм), имеет место холодность, безразличие к близким, парадоксальность эмоциональных реакций (например, вспышки гнева в ответ на проявление заботы со стороны родных), неадекватность их (бурная реакция по поводу того, что в отделении дали тапочки не того цвета, и полное равнодушие к известию о болезни близкого человека), амбивалентность (одновременное возникновение двух противоположных чувств). Постепенно утрачиваются прежние интересы, нарастает эмоциональная опустошенность (эмоциональная тупость). При шизофрении наблюдается также снижение побуждений, падение психической активности. Постепенно у больного отчетливо выявляется пассивность, бездеятельность, отсутствие волевых им¬ульсов.

При неблагоприятном варианте течения заболевания формируется апатико-абулический синдром, который лежит в основе шизофренического слабоумия.

Продуктивная (психотическая), симптоматика крайне разнообразна и зависит от формы заболевания. Относительно форм шизофрении единой точки зрения не существует. Обычно выделяют простую, гебефреническую, кататоническую, параноидную, циркулярную формы болезни, причем первые три и частично параноидная (юношеская) относятся к так называемым ядерным, злокачественным формам шизофрении, при которых сравнительно быстро развивается апатическое слабоумие (шизофренический дефект).

Выраженность дефекта при шизофрении зависит от типа течения заболевания. В настоящее время используется систематика типов течения заболевания, разработанная сотрудниками НЦПЗ РАМН.

Непрерывнотекущая шизофрения характеризуется безремиссионным течением, при этом злокачественные (ядерные) формы (простая, кататоническая, гебефреническая и юношеская параноидная) сопровождаются быстрым развитием апатического слабоумия; меньшую прогредиентность (степень нарастания негативной симптоматики) имеет непрерывная параноидная форма шизофрении, начинающаяся в зрелом возрасте. Наиболее благоприятной в отношении нарастания шизофренических изменений личности является вялотекущая шизофрения.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения характеризуется непрерывным, вялым течением, на фоне которого развиваются острые аффективные, аффективно-бредовые и бредовые приступы, после каждого из которых углубляются шизофренические изменения личности и в то же время длительно сохраняется относительно высокий уровень трудоспособности. При этом варианте болезнь протекает с ремиссиями - полным исчезновением или ослаблением продуктивной психопатологической симптоматики.

Рекуррентное (периодическое) течение - наиболее благоприятный вариант шизофрении, при котором после острых аффективных или аффективно-бредовых приступов наступают ремиссии хорошего качества, с полным исчезновением продуктивной (психопатологической) симптоматики и незначительным изменением личности.

Как уже было сказано, деление шизофрении на формы довольно условно, ибо в процессе болезни одни синдромы могут сменяться другими и, таким образом, одна форма мо¬жет трансформироваться в другую. Для шизофрении характерна определенная динамика смены синдромов.

Простая форма относится к так называемой ядерной, или злокачественной, шизофрении. Начинаясь постепенно в пубертатном или юношеском возрасте, процесс затем приобретает непрерывное течение и сравнительно быстро приводит к шизофреническому дефекту. При этой форме часто не представляется возможным установить точные сроки начала заболевания. Подросток или юноша постепенно становится вялым, утрачивает прежние интересы, оставляет занятия в школе, перестает общаться с товарищами. Происходит снижение его психической активности, появляется грубость в отношении близких. Больной, ранее тепло и заботливо относившийся к матери и отцу, начинает упрекать их в плохом к себе отношении, дает реакцию раздражения на любые замечания родных или проявления заботы о нем, вплоть до агрессии, становится совершенно безучастным к событиям, происходящим вокруг него (в семье, школе), холодным, эгоистичным.

В этот же период подросток может уходить из дома, бесцельно бродить по улицам, иногда попадать в дурные компании, начинает курить, злоупотреблять спиртными на-питками. Картина заболевания может напоминать утрированный пубертатный криз, однако выраженность и углубление изменений личности заставляют заподозрить начало процесса. Одновременно у больного могут появляться не свойственные ему ранее интересы. Не имея запаса знаний, он начинает заниматься различными сложными вопросами, например философскими проблемами, вопросами происхождения Вселенной, сложными проблемами астрономии и т. д. (так называемая «метафизическая интоксикация»). У него появляется склонность к рассуждениям, бесконечному пустому самоанализу, возникают наплывы и обрывы мыслей. Могут иметь место нестойкие слуховые галлюцинации, фрагментарные бредовые идеи отношения, преследования, ипохондрические переживания. Все более выявляются эмоционально-волевые расстройства.

Больные совершенно перестают чем-либо заниматься, могут целыми днями лежать в постели, накрывшись с головой одеялом, становятся неряшливыми, не моются, перестают обслуживать себя. При относительной сохранности формальных способностей такие больные нередко становятся глубокими инвалидами ввиду выраженных эмоционально волевых расстройств и своеобразных нарушений мышления (шизофреническое, или апатическое слабоумие). В отдельных случаях дефект нарастает медленнее, не происходит глубокого распада психики.

Гебефреническая форма также относится к неблагоприятной юношеской ядерной шизофрении, имеет непрерывно-прогредиентное течение и сравнительно быстро приводит к слабоумию. Она может начинаться так же, как и простая форма. При этом ведущими в клинической картине наряду с изменениями личности являются нелепость поведения и высказываний, склонность к гримасничанью, дурашливость. Иногда в настроении превалирует пустая непродуктивная эйфория, но возможно и преобладание злобности и гневливости. Периодически могут возникать приступы двигательного возбуждения, сопровождаемые речевой бессвязностью, выкриками неологизмов, кривляньем, неадекватным смехом, кувырканием, внезапным нападением на окружающих, швырянием предметов, стремлением рвать одежду. Такие больные цинично бранятся, танцуют, кружатся на месте, разрушают все попавшееся под руку, выявляют негативистские тенденции. Заболевание часто приводит к нарастанию апатического слабоумия.

Кататоническая форма начинается, как правило, несколько позже, чем две предыдущие, в возрасте 20-25 лет. Она имеет непрерывно-прогредиентное течение и неблагоприятный исход. Начало может быть постепенным или острым. При остром начале среди полного здоровья может развиться кататоническое возбуждение или ступорозное состояние, которые являются ведущими в клинической картине. При кататонической форме шизофрении имеет место люцидная кататония (на фоне ясного сознания). Это очень важно учитывать, так как сочетание кататонического синдрома с онейроидным (кататоно-онейроидный приступ) свидетельствует о благоприятном течении шизофрении (периодическом). Кататоническая симптоматика может присоединяться к процессу, протекающему с параноидными переживаниями (вторичная кататония), в этих случаях она свидетельствует об утяжелении болезни. Кататоническая форма обычно заканчивается апатическим слабоумием.

Циркулярная форма наряду с кататоно-онейроидной относится к рекуррентной (периодической) шизофрении. Болезнь в таких случаях протекает приступообразно, изменения личности, характерные для шизофрении, нарастают сравнительно медленно, у больных достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации, приступы носят депрессивный или маниакальный характер. Эту форму шизофрении не следует смешивать с маниакально-депрессивным психозом. Основным дифференциальным критерием является характер межприступного периода. Если при маниакально-депрессивном психозе в межприступные периоды человек практически здоров, то при шизофрении после каждого приступа углубляются характерные для этого заболевания изменения личности.

К особым формам шизофрении относится **фебрильная, или гипертоксическая, форма**. В этих случаях заболевание начинается довольно остро, клиническая картина характеризуется кататоно-онейроидным состоянием, причем резкое психомоторное возбуждение с бредом, галлюцинациями, страхом сопровождается тяжелой интоксикацией, значительным повышением температуры, соматическими нарушениями. До того как для лечения шизофрении стали широко применять нейролептики, подобные состояния нередко имели летальный исход (смертельная кататония). Обычно после купирования острого состояния наступает стойкая, хорошего качества ремиссия, больные удерживаются в жизни.

За последние годы (что связано, по-видимому, с широким применением в психиатрической практике нейролептиков) клиника шизофрении нередко носит стертый характер, часто приходится встречаться с так называемыми вялыми, медленнотекущими формами. Несмотря на непрерывность течения, дефект нарастает довольно медленно. Такие больные обычно лечатся амбулаторно и нуждаются в постоянном внимании. При этих формах болезни в клинической картине преобладают неврозоподобные, психопатоподобные или паранойяльные расстройства, аффективная неустойчивость.

Под редакцией профессора М.В. Коркиной.

==========

Re: Шизофрения
Послан Инна - 21.10.2011 20:57

_____

как сегодня специалисты из Москвы объяснили, изначально ребенок с шизофренией лучше в контакте, а потом навыки коммуникации теряются. У наших же детей их не было и они приобретаются в процессе обучения и развития.

==========

Re: Шизофрения
Послан Инна - 10.02.2012 09:24

_____

www.medkrug.ru/community/show_thread/86?thread=28435

- В отличие от аутизма, детская шизофрения наступает в более позднем возрасте и характеризуется менее серьезными поражениями интеллекта, менее тяжелой степенью нарушений в социальной и речевой сфере, появлением бреда и галлюцинаций по мере взросления, а также наличием периодов ремиссий и рецидивов.

- Шизофрения, наступающая в детстве, представляет собой более тяжелую форму шизофрении, а не самостоятельное заболевание.

- Детская шизофрения является психотическим расстройством, характеризующимся такими тяжелыми симптомами, как разнообразные формы бреда, галлюцинации, нарушения мышления, в высшей степени дезорганизованным поведением, а также значительным ухудшением или нарушением функционирования.

==========

Re: Шизофрения
Послан ir-ina - 10.02.2012 09:38

_____

www.medkrug.ru/community/show_thread/86?thread=28435

Диагностические критерии шизофрении приведены в табл. 10.3. Признаки нарушений должны непрерывно наблюдаться, как минимум, в течение 6-ти месяцев. Помимо этого, после появления признаков расстройства у ребенка должно наблюдаться существенное понижение уровня функционирования в одной или нескольких областях, либо неспособность достичь ожидаемого уровня результатов в межличностной, учебной или профессиональной сфере. Должна быть

исключена возможность объяснения наблюдаемых нарушений эмоциональным расстройством (mood disorder), либо шизоаффективным расстройством (schizoaffective disorder), употреблением каких-либо препаратов или химических веществ, а также общим состоянием здоровья. **При наличии диагноза аутизма или другого тяжелого расстройства, вызванного нарушениями развития, дополнительный диагноз шизофрении может быть поставлен только при наличии бреда или галлюцинаций, как минимум, в течение месяца.**

Таблица 10.3. Основные диагностические критерии шизофрении, согласно Руководству DSM-IV-TR

Характерные симптомы: Как минимум, два из нижеперечисленных симптомов должны присутствовать на протяжении большей части месячного периода.

(1) Бред

(2) Галлюцинации

(3) Дезорганизованная речь (повторяющиеся обрывы речи, бессвязность)

(4) Кататония (ступор, неподвижность) и крайне дезорганизованное поведение

(5) Негативные симптомы: аффективное уплощение (эмоциональная подавленность), алогия (речевая афазия, немота), безволие (affective flattening, alogia, or avolition)

В случае наличия бреда либо галлюцинаций, в которых возникают образы людей или слышатся голоса, для постановки диагноза достаточно только одного из перечисленных симптомов.

(Источник:. DSM-IV-TR Copyright 2000 by APA.)

==========

Re: Шизофрения
Послан ir-ina - 12.02.2012 18:35

_____

Отрывки из статьи **"Ложь и правда о шизофрении"**

Профессор, д.м.н. В. Л. МИНУТКО

В своей книге «Шизофрения» (2009) я пишу о сложившихся вокруг этого психического расстройства опасных мифах: «шизофрения – тяжелое психическое расстройство», «шизофрения проявляется расщеплением личности», «заканчивается слабоумием», «больной шизофренией – неполноценный человек, инвалид», «шизофрения опасное для общества сумасшествие», «шизофрения неизлечима», «при шизофрении необходим пожизненный прием медикаментов» - все это ложь!

На мой взгляд диагноз «шизофрения» часто ставится необоснованно, там где его на самом деле нет. Почти в 30% случаев мы имеем дело с врачебной ошибкой, обусловленной плохими знаниями и небрежностью врача. Побеседовав один раз с больным психиатр часто спешит поставить ему диагноз, а если в результате бездарного лечения горстью опасных препаратов больной все равно не излечивается, то у такого врача уже нет сомнений, что он встретился с «тяжелым случаем шизофрении». Родственники, а нередко и сам пациент, встретившие такой прием и отношение, находясь в состоянии растерянности верят «горе – врачам», что не существует методов точной диагностики шизофрении, что болезнь неизлечима. Но опять все это ложь, за которой прячется некомпетентность и безразличие!

На самом деле, в настоящее время, мы сплошь и рядом видим, что за маской шизофренией нередко прячется та или иная вирусная или бактериальная инфекция, поражающая центральную нервную систему больного, что для шизофрении характерен свой перечень структурных изменений мозга, хорошо выявляемый с помощью магнитно – резонансной томографии: уменьшение объема мозга, уменьшение серого вещества лобной и теменной долей, верхней и средней височной извилин, сокращение объема некоторых глубоких структур мозга, увеличение боковых желудочков мозга, расширение борозд в лобном отделе коры, слабо выраженные изменения в мозолистом теле.

Более того, на наш взгляд, существует еще более точный метод диагностики шизофрении, это исследование больного с помощью так называемых вызванных потенциалов, позволяющих точно определить, как мозг воспринимает и перерабатывает поступающую из внешней среды информацию. При шизофрении исследования вызванных потенциалов показывает: уменьшение амплитуды некоторых из них (P300, N100, N120, N170), увеличение латентности ответов (P300, P200), подавление ранних волн (P50) в ответ на предъявление слухового стимула и отсутствие подавления при повторной стимуляции, отклонение амплитуды других потенциалов (N400) при предъявлении пар слов.

Достаточно информативен при шизофрении так называемый тест со следящими за перемещением светового стимула глазными яблоками. В норме глаза двигаются гладко и по синусоидальной орбите. При шизофрении, особенно у длительно страдающих этим психическим расстройством больных – движения глаз прерываются частыми остановками, появляются как бы «догоняющие» движения глазных яблок.

Опытный клинический психолог с помощью специальных тестов всегда выявит при шизофрении своеобразное нарушение исполнительных функций, рабочей памяти, изменение концентрации внимания и характерные нарушения мышления.

Теперь об «агрессии» больных шизофренией. Несмотря на то, что больной шизофренией, как и любой другой человек, может быть агрессивным и совершить насилие, преступления и убийства здесь встречаются значительно реже, чем при алкоголизме. Как раз напротив, больные шизофренией чаще, чем другие люди, становятся жертвами насилия. Окружающие люди нередко причиняют им материальный ущерб. Значительная часть бомжей и бездомных во многих странах по сути больные шизофренией, обманутые и лишенные квартир.

Поразительно устойчив миф о «неизлечимости шизофренией». Как раз, напротив, я убежден, что больного шизофренией можно и необходимо вылечить, если, конечно, лечить правильно.

Во - первых, как отмечалось выше, надо знать, что мы лечим именно шизофрению, а не какое-то другое душевное заболевание, допустим вызванное психической или физической травмой мозга, инфекцией, опухолью или заболеванием сосудов.

Во - вторых, желательно, и как можно раньше, лечить больного только одним, тщательно подобранным препаратом (конечно не старыми нейролептиками, а современными лекарствами) и в безопасной для его здоровья дозировкой.

В - третьих, необходимо постоянно, хотя бы раз в 3 месяца, контролировать безопасность и эффективность лечения.

В - четвертых, обязательно надо выдержать сроки терапии больного шизофренией, при первом эпизоде – это почти 1,5 года, при втором – около 3 лет, при третьем – 5 , при четвертом и далее - несколько больше. К сожалению, многие больные и их родственники, неправильно информированные врачами – психиатрами, недооценивают значимость сроков терапии первого эпизода, отсюда в 80% случаев мы встречаемся с обострением, рецидивом болезни, после которого лечение должно продолжаться уже 3 года и так далее.

В - пятых, невозможно вылечить больного шизофренией, только одними медикаментами, необходимо как можно раньше, рассказать ему и его родственникам правду о болезни, правильно объяснить результаты исследований и особенности ее лечения. Особенно важно научить больного контролировать свои мысли и эмоции в разных ситуациях, самому справляться с бредом или галлюцинациями, чувством деперсонализации или неприятными ощущениями в теле, тем самым, предупреждая обострения болезни и помогая быстрее справиться с ее проявлениями. Большую роль в процессе лечения играют специальные тренировки познавательной сферы, направленные на восстановление памяти, внимания и мышления.

В шестых, надо знать, что существует громадное количество не медикаментозных методов лечения шизофрении, которые, конечно, дополняют терапию современными психотропными средствами, позволяют вести ее на их более низких дозах, восстанавливают защитные силы организма. Среди этих методов: воздействие на мозг переменного магнитного поля, лечение светом определенной волны, внутривенная лазерная терапия, лечение в барокамере, иглотерапия и многие другие безопасные методы лечения.

В седьмых, лечение должно быть направлено на устранение причины заболевания и правильного воздействия на основные звенья механизма развития болезни. Лечить инфекцию если она способствовала возникновению болезни, восстанавливать иммунитет, стабилизировать работу вегетативной нервной системы, укреплять те структуры мозга, которые были ослаблены с самого начала или повреждены болезненным процессом.

В восьмых, важно лечить не только пациента, но и его близкое окружение. Нередко многим родственникам больных также необходима психотерапия, предоставление им информации о том, как правильно вести себя с больным о чем можно ему говорить и, что не следует делать поддерживая болезнь и усугубляя ее течение.

В- девятых, если в нашем обществе по-прежнему будет царить мракобесие и безжалостное отношение к больному шизофренией, мы не сможем оказать ему необходимую социальную поддержку.

В десятых, больной шизофренией должен и обязать работать, быть включенным в жизнь коллектива, жизнь общества, а его творчество, нередко, оригинальное и талантливое – востребовано. Во многих странах мира существуют общественные организации, оказывающие помощь больным, у нас – они скорее исключение, чем правило.

В заключении, хотелось бы сказать, что я убежден рано или поздно в нашей стране изменится отношение к больным шизофренией, им станут доступны современные методы диагностики и лечения этого психического расстройства, больницы из тюрем превратятся в санатории, и тогда больные вновь вернуться к социально – трудовой деятельности, смогут жить самостоятельно

помогая себе и другим людям.

==========

Re: Шизофрения
Послан Инна - 16.02.2012 20:40

_____

Из интервью с психиатром Елисеем Осиным:

"Более 40 лет прошло, прежде чем аутизм и шизофрению стали различать. И различать их стали, прежде всего, сравнив, сравнив проявления. характеристики.

Строгие критерии шизофрении: потеря связи с реальностью, галлюцинации, бред, когда человек воспринимает продукцию собственной психической деятельности как что-то извне, как что-то, что делают с ним. Например, человеку кажется, что на него наводят какие-то переживания. что на него проецируют какие-то картинки, он видит видения или слышит голоса, кажется. что на него кто-то хочет влиять. Этого мы не видим у детей с аутистическими расстройствами, мы не видим у них этой продуктивной симптоматики. Мы не видим у них галлюцинаций и бреда. Мы видим странное поведение, своеобразное поведение, но оно очень сильно отличается от того, что сейчас принято называть шизофренией.

Течение у шизофрении и течение у аутистических расстройств различны.

Шизофрения - расстройство, которое характеризуется определенными приступами , они могут быть разной длины (в течение месяца, а может быть в течение года). Между приступами человек часто возвращается к нормальному или более менее нормальному функционированию, которое у него было до приступа, до возникновения заболевания. У него даже может возникать критика к тому, что он чувствовал и переживал.

При аутистических же расстройствах - течение стабильное, без ремиссий, без обострений.В этом случае видно, что если с человеком занимаются, он и развивается, он сам растет. Т.е. стабильное ровное течение.

При аутизме процент встречаемости эпилепсии выше, чем при шизофрении."

Слушать здесь www.moskva.fm/stations/FM_100.1/programs...%BC/2012-02-16_08:00

настроить курсор на 10:08

==========