

Шизофрения

Послан ir-ina - 21.10.2011 20:34

Ни для кого не секрет, что в 18 лет большинство детей аутистов перекавалифицируют 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 возрасте. 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 импульсов.

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 прогрессиентность (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 может 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 развиваться 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 (кататано-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 кататано-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 кататано-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 невротоподобные, психопатоподобные или паранойяльные расстройства, аффективная неустойчивость.

Под редакцией профессора М.В. Коркиной.

=====

Re: Шизофрения

Послан ir-ina - 04.11.2014 19:10

Выпуск №2, август 2010 года **Журнал «СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ И ШИЗОФРЕНИИ

Т.И. Кулакова

sibsedu.kspu.ru/index.php?option=content...task=view&id=232

В статье раскрывается сравнительный анализ проблемы социального взаимодействия при детском аутизме и шизофрении. Приведены результаты исследования характера социального взаимодействия больных шизофренией.

Примером таких нарушений является ранний детский аутизм с проблемами в коммуникации, социальном поведении, использовании речи в целях общения. Нарушения в области социального взаимодействия, коммуникации являются постоянными, что свидетельствует о структурном нарушении, о нарушении изначальной биологической основы общения....

Нарушение коммуникативности при шизофрении, в отличие от детского аутизма, связано с прогрессивностью болезненного процесса и ухудшается по мере течения заболевания. Доказано, что при шизофрении имеют место нейроанатомические изменения. Они носят диффузный дегенеративный характер и нарастают по мере прогрессирования заболевания. Особенно отчетливы нарушения при неблагоприятном течении заболевания с преобладанием негативных синдромов и снижением социального функционирования....

Для уточнения характера социального взаимодействия больных шизофренией было проведено исследование 120 больных. Исследование проводилось в КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологической диспансер №1». Средняя продолжительность заболевания 10 лет.

Таким образом, при раннем детском аутизме не представлена базовая структура для формирования коммуникативности, при шизофрении происходит регресс социального взаимодействия. Судя по всему, аутизм является результатом влияния множества факторов, действующих на стадии развития мозга и затрагивающих многие либо все функциональные системы мозга, при шизофрении имеет место нарушение сформированных мозговых структур....

=====

Re: Шизофрения

Послан ir-ina - 05.08.2015 01:04

Есть два «аутизма»: почему аутизм и шизофрению часто путают между собой

03.08.2015 / Елисей ОСИН

В диагнозах аутизма и шизофрении есть принципиальная разница. В своей сути, в своей глубине это очень различные явления и неправильный диагноз не дает нам понять человека с этим нарушением.

www.miloserdie.ru/article/est-dva-autizm...utayut-mezhdu-soboj/

=====

Re: Шизофрения

Послан ir-ina - 06.04.2019 23:22

autism.rest/shizofreniya-i-autizm-statya...OO6Gmpi6UzXqmAggzjwY

Шизофрения и аутизм.

У моего ребенка детская шизофрения или аутизм?

Переходит ли аутизм в шизофрению у детей?

Аутизм — это шизофрения?

Эти вопросы часто всплывают в обсуждениях, дискуссиях, а иногда на научных конференциях. Попытаюсь в серии статей на них ответить.

Автор статьи - детский психиатр Артём Ю. Новиков.

=====

Re: Шизофрения

Послан ir-ina - 07.04.2019 00:03

psyandneuro.ru/novosti/the-slow-death-of...zophrenia/#more-3596

PsyAndNeuro.ru

Психиатрия & Нейронауки

“Психиатрия & Нейронауки” — это образовательный проект, созданный для специалистов как в области фундаментальных нейронаук и медицины (в первую очередь психиатрии и неврологии), так и в области гуманитарных наук.

На этом сайте много интересных статей про шизофрению, депрессию, психофармакотерапию и многое другое.

=====