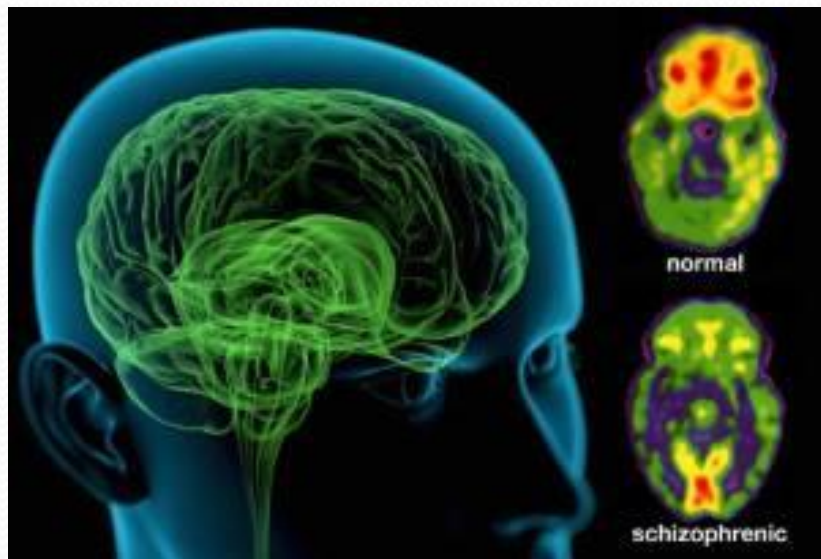


ГОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Кататоническая форма шизофрении

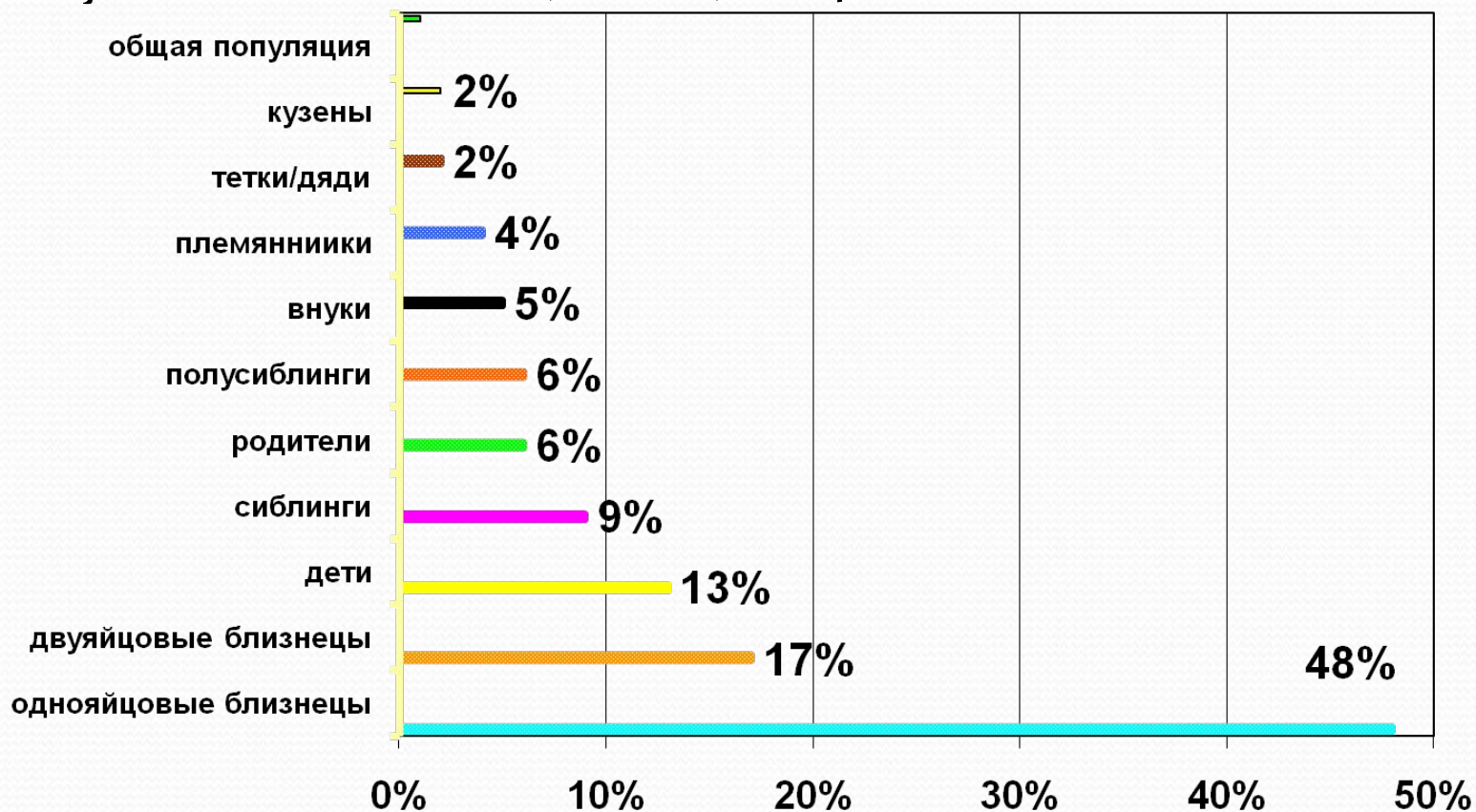


Выполнила: студентка
423 группы
лечебного факультета
Угринова М.Н.

Пермь, 2015

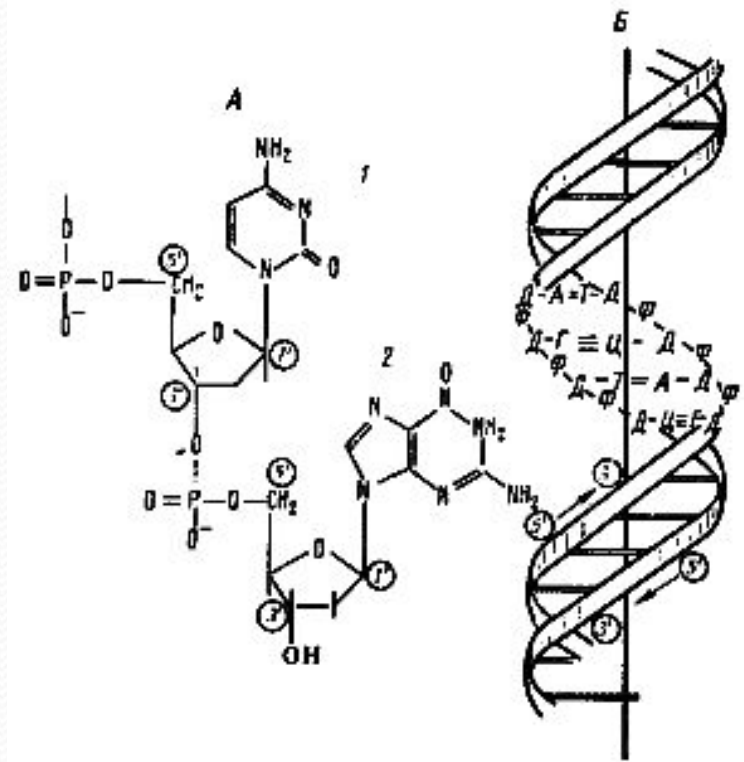
Актуальность

- Шизофренией страдают около 1% населения планеты
- Мужчины болеют чаще женщин 1.4/1



Генетическая модель

- Контролируется группой генов, определяющих тип течения и прогрессивность процесса
- В неактивном виде носительство генов проявляется строением лобной доли и стриопаллидарной системы
- На психологическом уровне у носителей генов формируются шизоидные черты характера



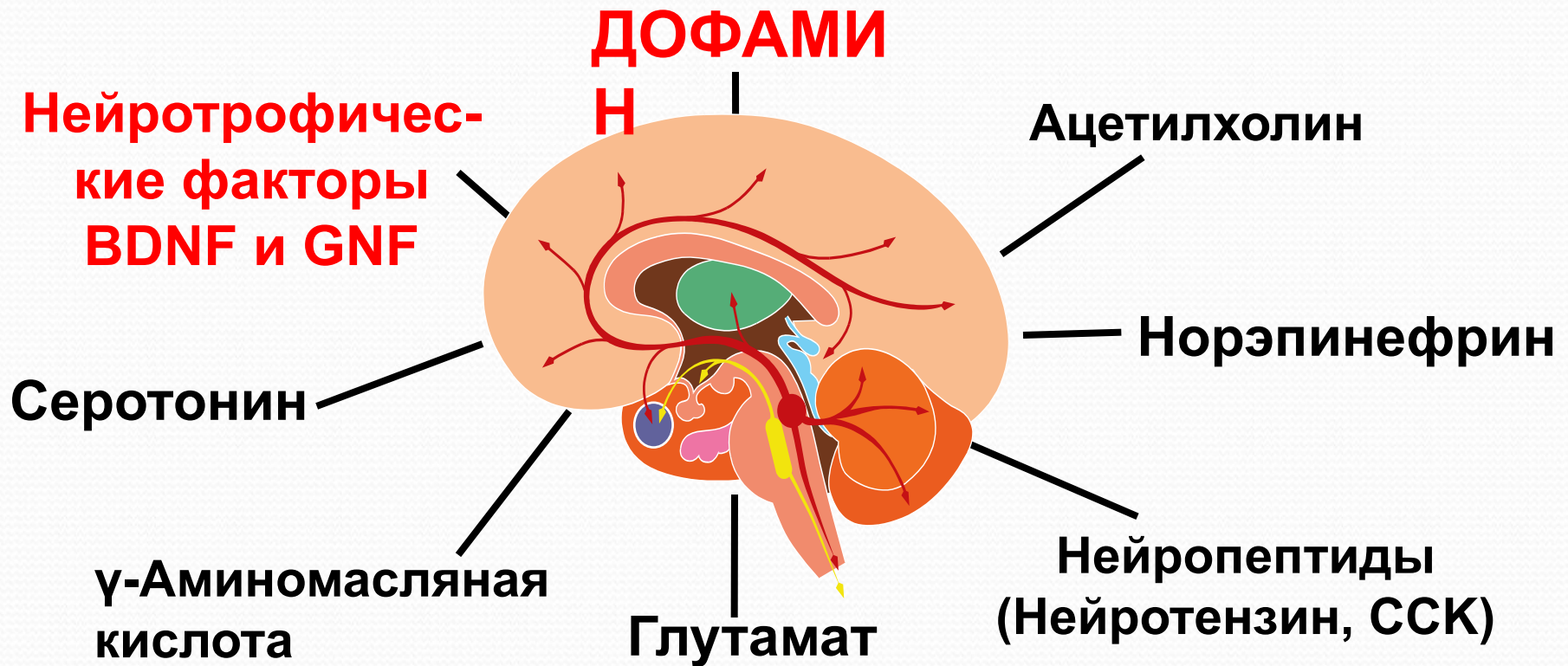
Причины шизофрении



- Теория Фрейда: регрессия к стадии несформированного эго. Эго хочет вернуть контроль. Не получила научного подтверждения
- Диастез-стрессовая модель - это результат действия генетической уязвимости(диастез) и стрессоров которые задействуют уязвимость
Шизофрения = диастез + стресс
Генетически предрасположены к шизофрении 10%, но болеет лишь 1%



Система нейротрансмиттеров в патогенезе шизофрении



Предполагается, что в патогенезе шизофрении большая роль принадлежит дисфункции практически всех нейротрансмиттерных систем

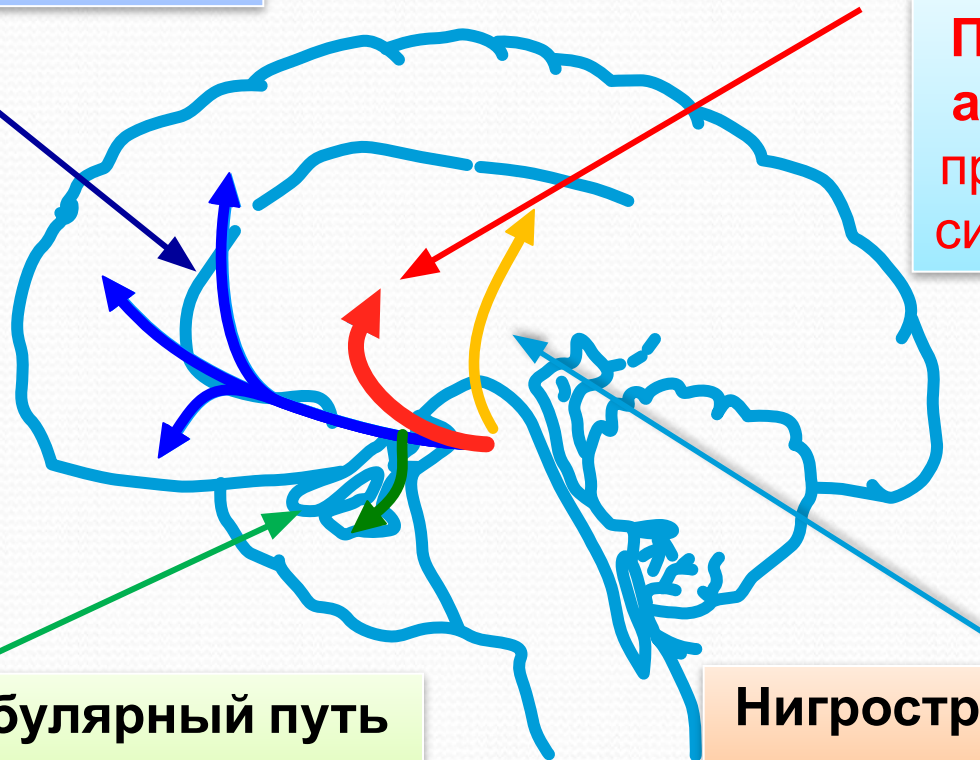
Дофаминовая гипотеза шизофрении

Мезокортикальный путь –
обучение и память

Мезолимбический путь – эмоции

Снижение активности:
негативная симптоматика,
когнитивные нарушения

Повышение активности:
продуктивная симптоматика



Тубероинфундибулярный путь

–
регуляция пролактина

Нигростриарный путь

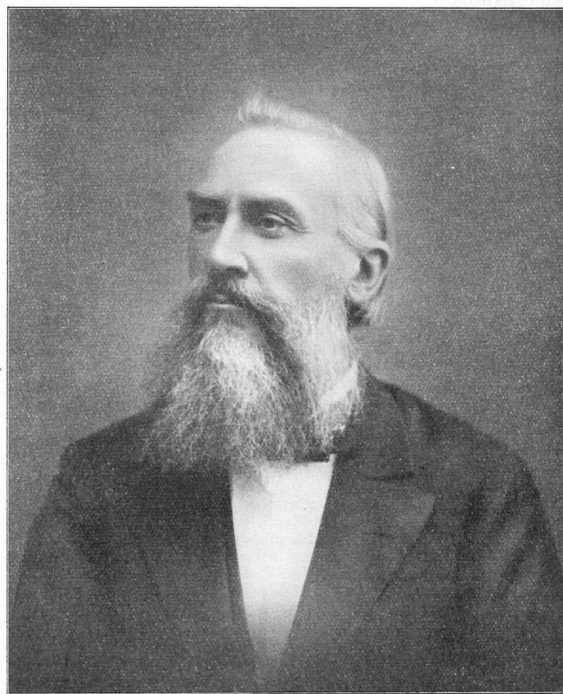
–
двигательная регуляция

Манифестация заболевания

- В 22 – 30 лет, реже – в пубертатном, хотя может начаться и значительно позже
- Основную картину заболевания при этой форме шизофрении определяет чередование кататонического возбуждения и кататонического ступора



- Впервые кататония описана Кальбаумом (1874) как самостоятельное психическое заболевание, впоследствии Крепелином (20 в.) отнесена к шизофрениии



Kahlbaum.



Кататоническое возбуждение

- Хаотическое, нецеленаправленное, в самом начале носит характер растеряннопатетического возбуждения с аффектом недоумения, экзальтированностью, высокомерным пафосом, манерностью, бессвязной говорливостью, двигательным возбуждением

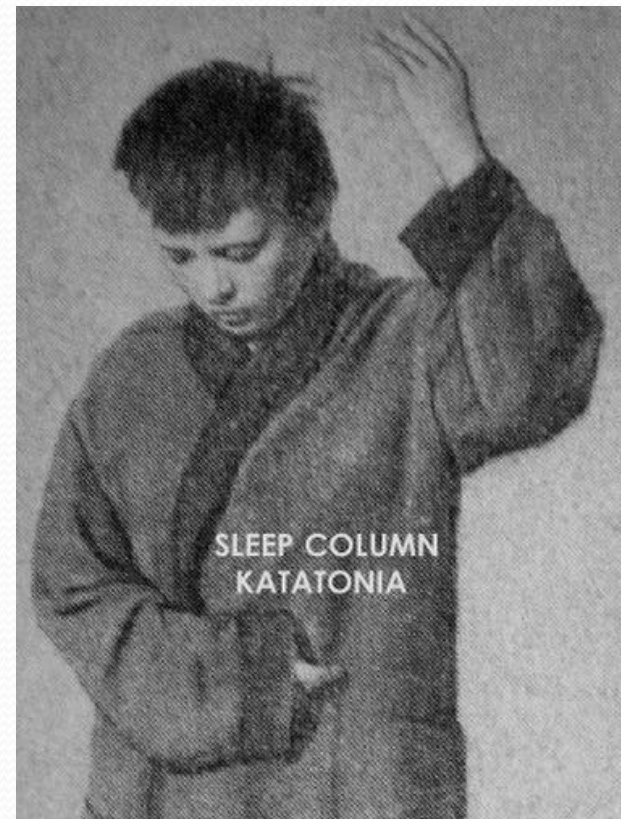


Кататоническое возбуждение

- В рамках кататонического возбуждения часто отмечается **пассивный или активный негативизм**
- При дальнейшем усилении кататонического возбуждения в клинической картине начинает преобладать **импульсивность** (импульсивная форма)
- Часто отмечается расторможенность влечений, особенно сексуального характера
- Речь напоминает словесную окрошку, отмечается вербигерация, мимоговорение и эхолалия

Кататонический ступор

- Развивается внезапно, без видимых причин, иногда вслед за кататоническим возбуждением или после субступорозного состояния



Кататонический ступор

- Пассивный негативизм
- Активный негативизм
- Физиологические отправления нередко совершаются такими больными прямо в постели



Кататония

Люцидная
на фоне ясного сознания

Течение непрерывно-
прогредиентное
быстро приводит к
апатическому слабоумию

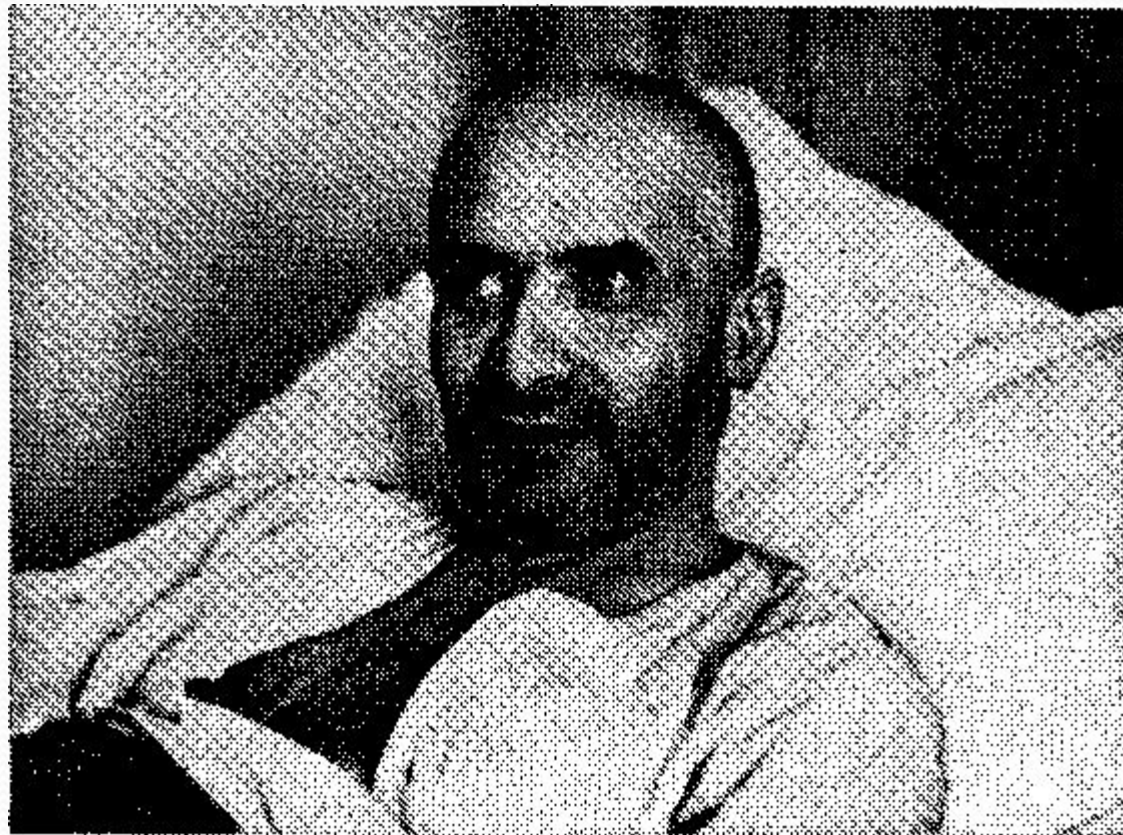
В период возбуждения
преобладает
импульсивная форма, в ступор –
негативизм и оцепенение

Онейроидная
на фоне помраченного сознания

растерянно-патетическое
возбуждение,
субступорозные состояния
с восковой гибкостью

пристущие данной форме шизофрени

- СИМПТОМ
воздушной
подушки – больной
лежит на кровати, а
его голова немного
приподнята над
подушкой
- В положении сидя
они могут держать
руки в воздухе
вместо того, чтобы
положить их на
колени



Неестественные позы и жесты, присущие данной форме шизофрении

- СИМПТОМ КАПЮШОНА – пациент накрывает голову капюшоном или полрой халата, а сам принимает позу эмбриона



«Эмбриональная поза» при кататонической форме шизофрении.

Неестественные позы и жесты, присущие данной форме шизофрении

- СИМПТОМ ХОБОТКА – у больных могут появляться примитивные рефлексy (сосательный, хватательный)



Рис. 4. Кататоническое состояние. Явления восковой гибкости, симптом хоботка.

Неестественные позы и движения присущие данной форме шизофрении

- **Симптом Павлова** — ступорозные больные с наступлением ночи начинают передвигаться, разговаривать, есть, а к утру вновь впадают в состояние обездвиженности
- **Симптом лестницы** — движения лишены плавности, пластичности, становятся прерывистыми, толчкообразными, неравномерными
- **Симптом Бумке** — отсутствие реакции зрачков на болевые и эмоциональные раздражители
- **Симптом Бернштейна** — если поднять одну руку больного, а затем другую, то первая рука тут же опускается
- **Симптом последнего слова Клейста** — больной с мутизмом совершает попытку ответить на вопрос в тот момент, когда спрашивающий отворачивается или уходит
- **Симптом Сегла** — больной не может ответить на вопрос, но по выражению лица и движениям губ видно, что он пытается это сделать
- **Симптом Вагнер-Яурегга** — при надавливании на глазные яблоки ступорозному пациенту с мутизмом, он может ответить на вопрос
- **Симптом Саарма** — мутичный пациент может отвечать на вопросы, адресованные другому человеку
- **Симптом Осипова** — пациент, читая вслух, наряду со словами называет также знаки препинания

Типы течения заболевания

- **Непрерывный**

характеризуется отсутствием чётких ремиссий на фоне лечения, неуклонным прогрессированием негативных симптомов. Спонтанных ремиссий нет. В дальнейшем выраженность продуктивных симптомов уменьшается, тогда как негативные симптомы становятся всё более выраженными

- **Приступообразно - прогрессивный**

характеризуется полными ремиссиями между приступами заболевания на фоне прогрессирования негативной симптоматики. Приступы по остроте, клиническим проявлениям и продолжительности бывают различными

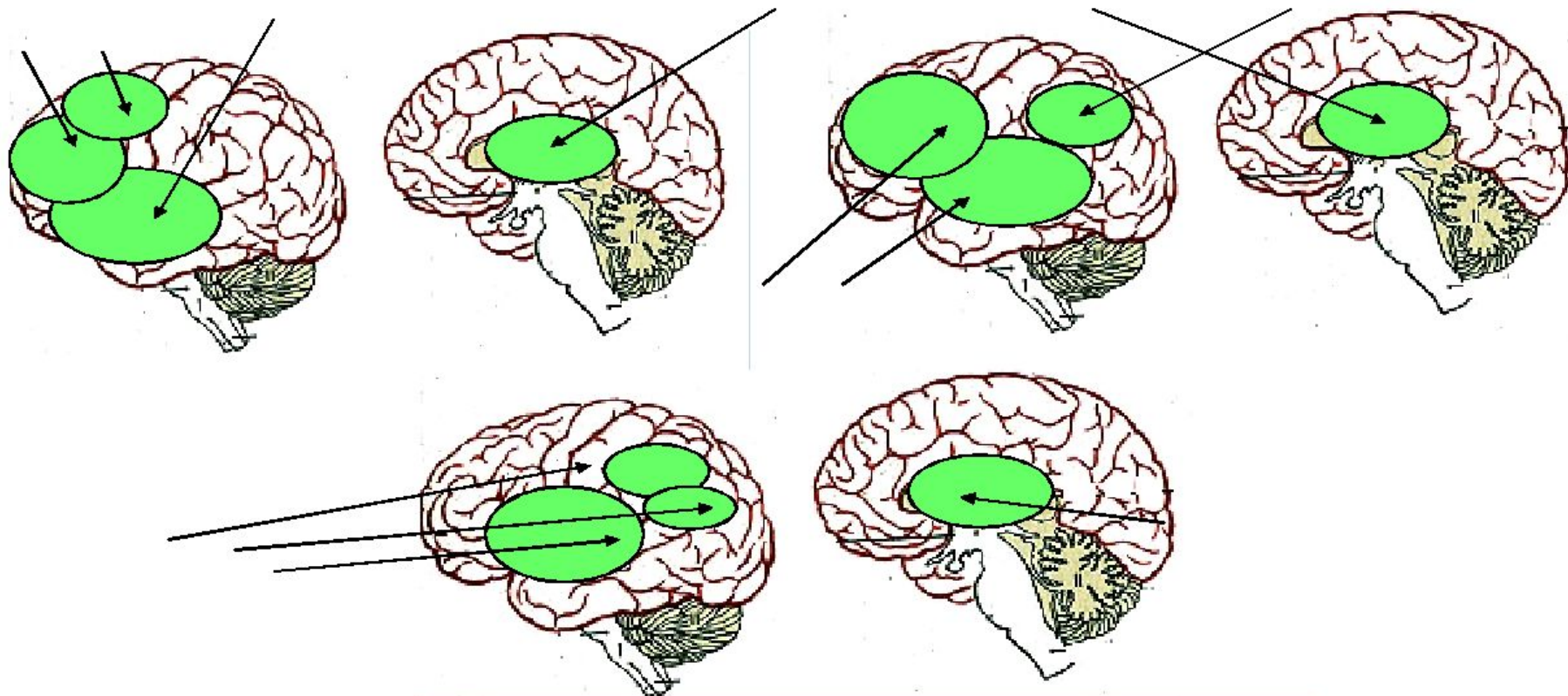
Шкала продуктивных и негативных симптомов

невротические и неврозоподобные симптомы	астенизация личности (постоянная утомляемость)
дереализационно-депресонализационный синдром	чувство измененности собственного «Я»
иллюзии	«личностные сдвиги»
бредовые синдромы	изменение личности по типу «Фершробен» или «чудаковатость»
псевдогаллюцинации	эмоциональная редукция
галлюцинации	психэстетическая пропорция (по Кречмеру) или феномен дерева - стекла (по Ганнушкину)
синдромы помрачения сознания	нарастающий аутизм
	редукция энергетического потенциала (по Конраду)
	формальные расстройства мышления: ментизм, разорванность, шперрунг и др.
	распад речи и явление шизофазии
	формирование апатико-абулического состояния



Топография структурно-функциональных нарушений при шизофрении

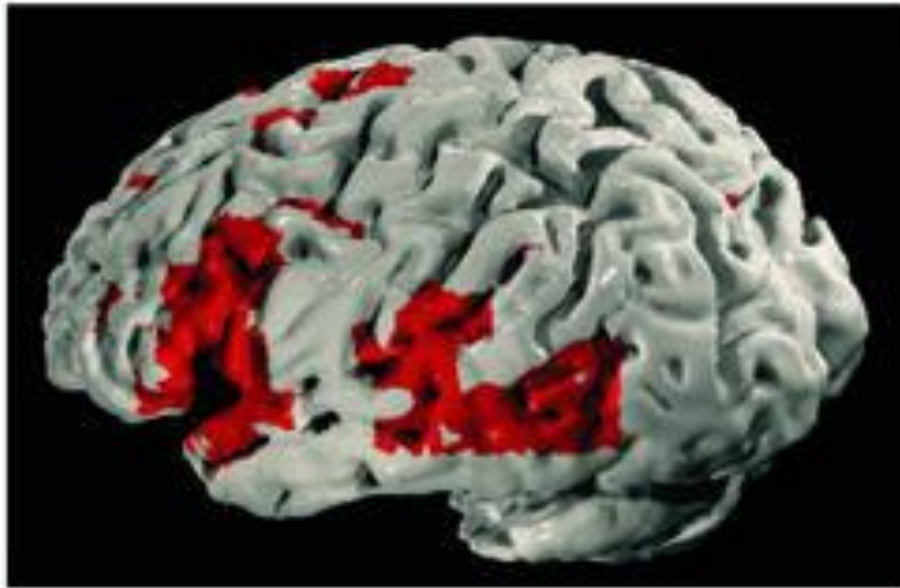
Каталог типичных структурных нарушений при шизофрении



Активация различных областей мозга (кора) у больных шизофренией и здоровых добровольцев

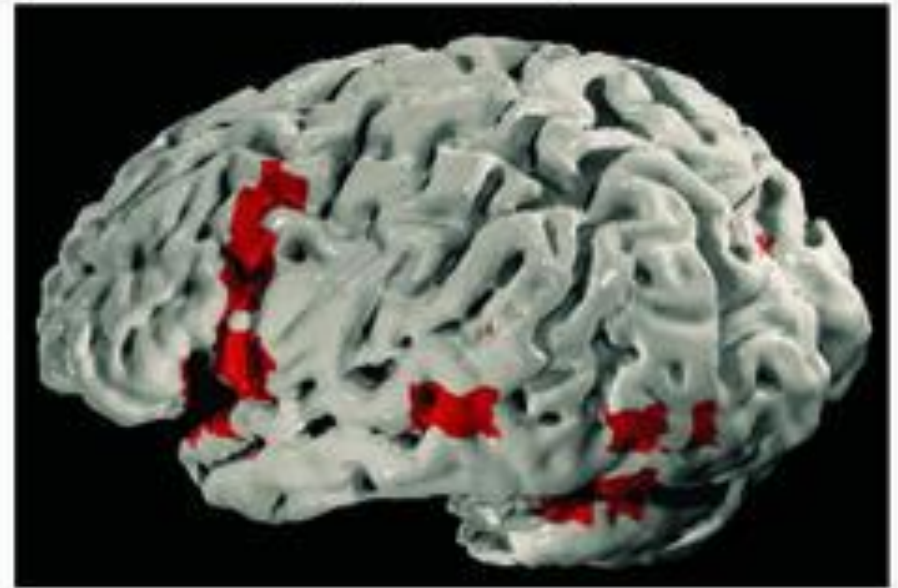
a

Controls

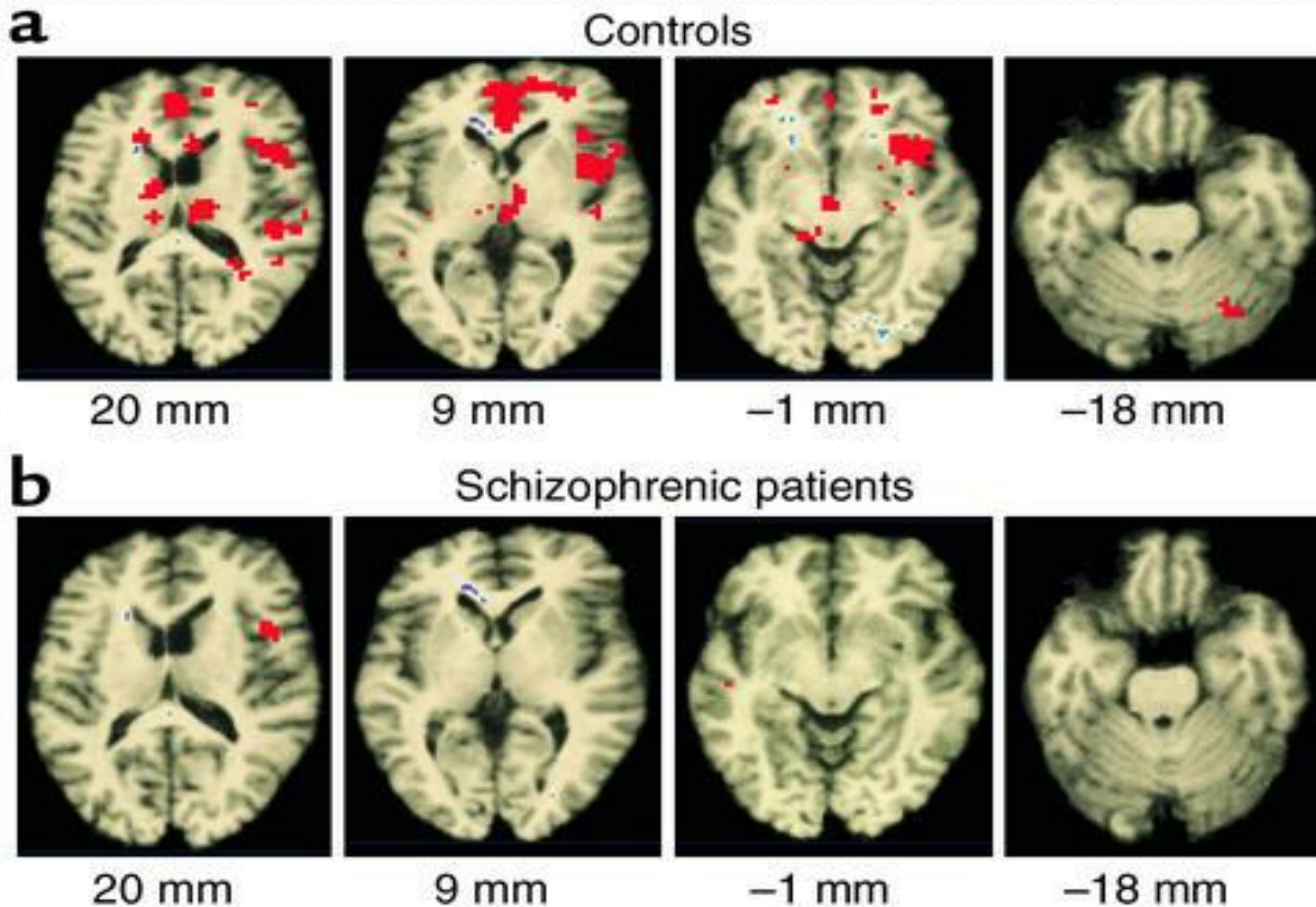


b

Schizophrenic patients



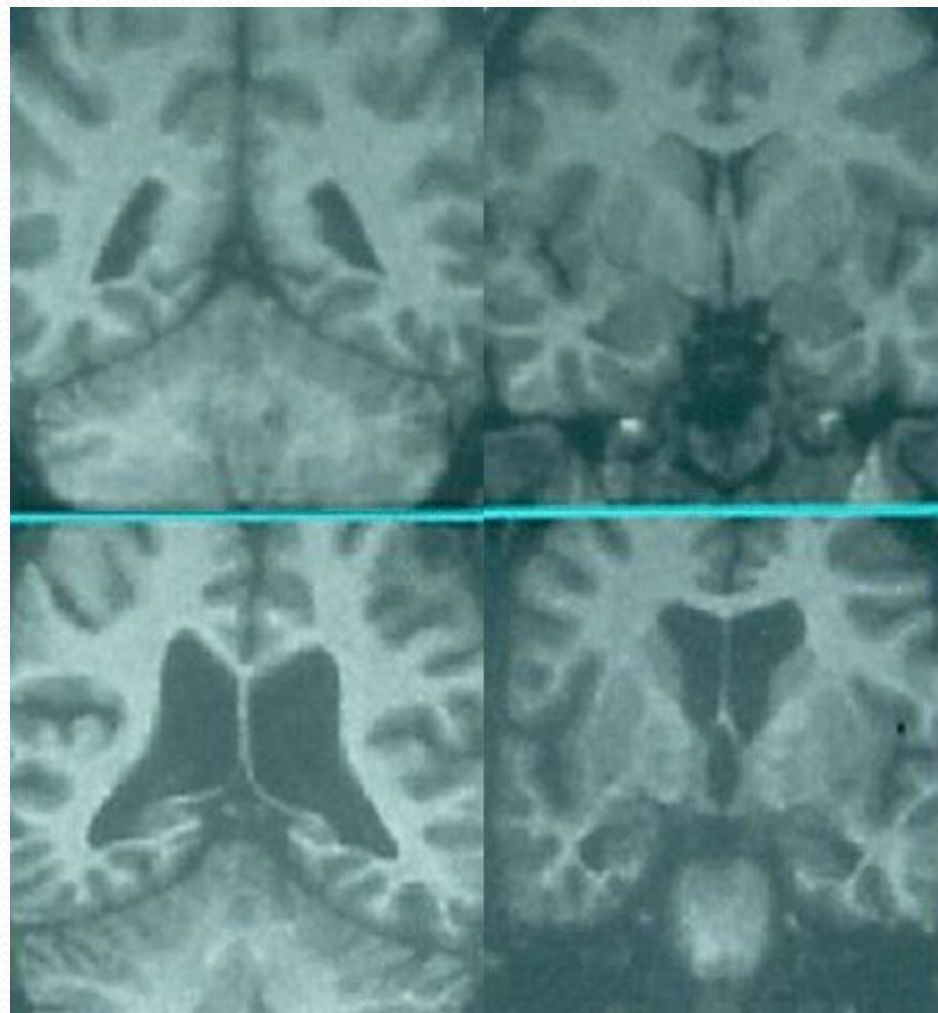
(подкорковые структуры) у больных шизофренией и здоровых добровольцев



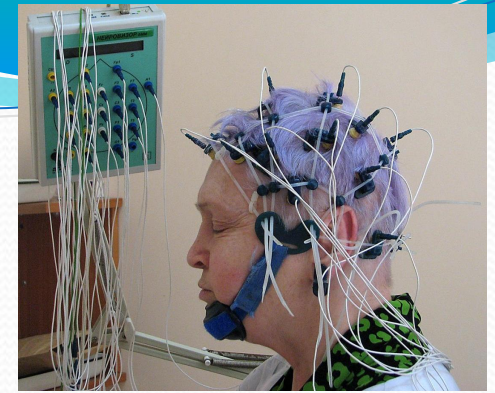
Продольная МРТ для оценки морфологических изменений при первом и повторных приступах

23-летний
мужчина
Первый приступ
шизофрении

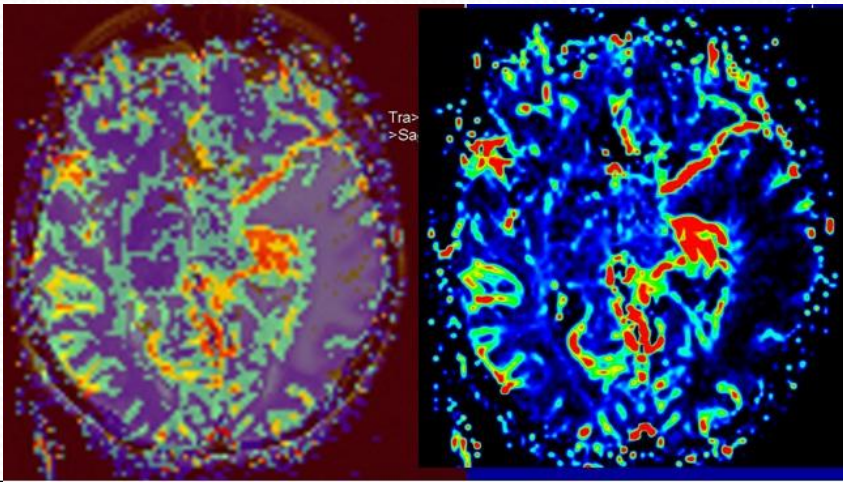
29-летний
мужчина
4 приступа
шизофрении



Диагностика



- Осуществляется на основании хотя бы одного из симптомов, с учётом того, что ступор периодически сменяется возбуждением
- Необходимо дифференцировать данный вид шизофрении от энцефалита, опухоли мозга, некоторых видов эпилепсии. В этих случаях решающую роль играет магнитно-резонансная томография и энцефалография



Лечение



Лечение

- Социально - психологическая поддержка в сочетании с лекарственной терапией позволяет снизить частоту обострений на 25–30% по сравнению с результатами лечения только нейролептиками



Основные принципы лекарственной терапии

- Препараты, дозы, длительность лечения подбирают индивидуально
- Лечение обычно начинают с назначения малых доз препаратов, постепенно увеличивая их до получения оптимального эффекта
- Продолжительность лечения 4–6 нед, затем при отсутствии эффекта — изменение схемы лечения
- При наступлении неполной и неустойчивой ремиссии дозы препаратов снижают до уровня, обеспечивающего поддержание ремиссии, но не вызывающего угнетения психической деятельности и выраженных побочных эффектов

Прогноз на 20 лет:

- Выздоровление — 25%
- Улучшение состояния — 30%
- Необходимы уход и/или госпитализация — 20%
- 50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки (15% с летальным исходом)
- Чем старше возраст начала заболевания, тем благоприятнее прогноз
- Чем сильнее выражен аффективный компонент расстройства, тем острее и короче приступ, лучше поддаётся лечению, больше шансов добиться полной и устойчивой ремиссии

Спасибо за внимание!



НАСТОЯЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ
- ЭТО КОГДА ДАЖЕ ПСИХИАТР
У ТЕБЯ ВООБРАЖАЕМЫЙ.

[VK.COM/IN.HUMOUR](https://vk.com/in.humour)