



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ –
ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
катедра “Психиатрия и медицинска
психология**

**ШИЗОФРЕНИЯ - ЕТИОЛОГИЯ И
ПАТОГЕНЕЗА. КЛИНИЧНИ ФОРМИ,
НАЧИН НА ПРОТИЧАНЕ, ЛЕЧЕНИЕ.
ФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА,
РЕХАБИЛИТАЦИЯ.**

Доц. д-р Петранка Чумпалова, дм



ИСТОРИЧЕСКИ БЕЛЕЖКИ.

- 1893 - 1896 Emil Kreapelin -
Dementia praecox
- 1911 г. Eugen Bleuler - Schizophrenia

"SCHIZOPHRENIA"

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

- Пожизнения риск /life time risk/ за шизофрения в цялата популация е 1 %
- За България болестността от шизофрения е средно към 3.21 ‰
- За България заболяемостта е около 0.62 ‰.
- До сега не е намерена нито една човешка популация, сред която да не се срещат шизофрено болни.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

- Възрастовият диапазон за дебют на шизофренията е между 15 и 45 години
- Пиковото струпване на болни е между 25 и 30 годишна възраст.
- Средната възраст за първи шизофреничен епизод е 21 години за мъжете и 27 години за жените.

ЕТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗА.

I. Генетични фактори

- ◎ Пожизнения риск /life time risk/ за шизофрения при лицата с боледуващи родственици се покачва:
 - ✓ при боледуващи сибси или един родител – на 12 %;
 - ✓ при двама шизофренни родители до 25 %;
 - ✓ конкордантността при двуйайчни близнаци е приблизително равна на тази при сибсите – 10 – 12 %, докато конкордантността при еднотайчни близнаци нараства на 33 – 60 %.

ЕТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗА

- Обсъждат се няколко възможни модела за генетичната трансмисия на шизофрения:
 - ✓ Единичен ген с вариабилна пенетрантност
 - ✓ Единичен ген, чиято експресия е модулирана полигенно
 - ✓ Полигенно унаследяване

ЕТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗА

II. Биохимични теории

1. Невротрансмитерни системи

- ✓ Допамин
- ✓ Норадреналин
- ✓ Серотонин
- ✓ Аминокиселини (ГАМК)
- ✓ Глутамат

ЕТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗА

2. Ензими

- ✓ Моноаминооксидазата - МАО
- ✓ Катехолортометилтрансфераза - КОМТ
- ✓ Креатининфосфокиназа - КФК
- ✓ Допаминбетахидроксилаза - ДБХ

ЕТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗА

III. Вирусни теории

IV. Имунологични теории

V. Средови фактори

VI. Психологични теории

**VII. Роля на житейските събития и
психични стресове**

**VIII. Проучвания върху предразполагащите
фактори**

КЛАСИФИКАЦИЯ ПО МКБ - 10

- F20.0 Параноидна шизофрения
- F20.1 Кататонна шизофрения
- F20.3 Недиференцирана шизофрения
- F20.4 Постшизофренна депресия
- F20.5 Резидуална шизофрения
- F20.6 Проста шизофрения
- F20.8 Друга
- F20.9 Неуточнена

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Шизофренията се характеризира най-общо с качествени и характерни отклонения в

- мисловния процес
- възприятията
- волевата сфера
- емоциите
- вниманието
- Обикновено съзнанието, както и предболестните интелектуални възможности, остават незасегнати.

СИСТЕМАТИЗИРАНЕ

E. S. Johnstone, T. Crow, N. Andreasen
систематизират шизофренните симптоми на
позитивни и негативни.

Позитивни:

1. Преживяване на ехо на мисълта, за вмъкване или отнемане на мисли, на способност за предаване на мисли от разстояние.
2. Развитие на налудности за външен контрол, за въздействие или принудително наложена посивност върху собствените движения, върху собствените мисли, действия или усещания, поява на налудни възприятия.

СИСТЕМАТИЗИРАНЕ

3. Поява на слухови халюцинации; възприемане на гласове идващи от някоя част от тялото.
4. Развитие на персистиращи, културално несвойствени налудности с особено съдържание, за свръхчвешки възможности и власт.

СИСТЕМАТИЗИРАНЕ

5. Персистиращи халюцинации от различни сетивни модалности, придружени от бързорлеходни, несистематизирани налудности без съответния афективен заряд или на персистиращи свръценни мисли, появяващи се ежедневно в продължение на седмици или месеци.
6. Преживяване за вмятане на думи /мантизъм/ в потока на мислите или внезапно отнемане на последния /шперунг, бараж/. Те предизвикват разкъсване или несъответност /неразбираемост/ на речта, водят до поява на нови понятия /неологизми/.

СИСТЕМАТИЗИРАНЕ

7. Кататонна симптоматика – нецеленасочена /безмислена, няма, неистова и пр./ възбуда или ступор /с восъчна гъвкавост, негативизъм, мутизъм, заемане на причудливи пози – ембрионално положение, въздушна възглавница, симптом на хоботчето/

СИСТЕМАТИЗИРАНЕ

Негативни:

1. Обедняване на речта.
2. Забавяне на мисленето и речта.
3. Емоционално изравняване.
4. Абулия - болните загубват вътрешната си мотивация за работа, за полагане на грижи за себе си, дори за личната си хигиена.
5. Аутизъм - загубата на потици кара болните към пълно затваряне в себе си, до пълна загуба на поривите към каквато и да е социална активност.

НАЧАЛО НА ШИЗОФРЕНИЯТА

- Остро с тежки поведенчески разстройства.
- Постепенно /подмолно/, с настъпателна поява на странности, неразбираемост в поведението, на странни /най - често налудни/ идеи.

ПРОТИЧАНЕ

Шизофренията се счита за заболяване с хронично протичане и закономерно водещо да задълбочаваща се промяна на личността и инвалидизация.

- Около 10 % прогресивно протичане.
- Около 35 % пристъпно - прогресивно протичане.
- При около 35 % ремитиращо протичане.
- 20 % едностъпна шизофрения.

ПАРАНОИДНА ШИЗОФРЕНИЯ

- Около 75 % от всички боледуващи.
- Началото е 30 - 40 годишна възраст.
- Богата налудна продукция от параноидния кръг – налудности за отношение, въздействие, преследване, унищожение, за особена мисия.
- Наличие най - често на вербални слухови халюцинации със заплашващ, коментиращ, заповеден характер.
- Понякога преобладаващо се среща халюцинаторно възприятие и от други сетивни модалности.

ПАРАНОИДНА ШИЗОФРЕНИЯ

- Относителн специфичен, но не патогномоничен за параноидната шизофрения е синдрома на Кандинский - Клерамбо:
 - Налудности за въздействие,
 - Псевдохалюцинации,
 - Чувство за откритост и неавтономност на собствените мисли, чувства и действия.
- Емоционални разстройства - необоснована раздразнителност, мнителност, витална застрашеност, внезапни гневни изблици.

ХЕБЕФРЕННА ШИЗОФРЕНИЯ

Това е форма на младата възраст - пикът на заболяването е между 15 - 25 години.

Обхваща около 5% от случаите със шизофрения.

- Особената психомоторика и волевите нарушения под формата на: своеобразни пози и маниеризми, гримаси, изплезвания, нелепо - палячески тип поведение, ехолалии /безмислено повтаряне на насрещни думи и изрази/, ехопраксия /повторениена насрещни действия/, персеверации /многократни повтаряния на едни и същи фрази.

ХЕБЕФРЕННА ШИЗОФРЕНИЯ

- Дълбоки качествени разстройства в емоционалните реакции - паратимни изблици от безпричинен кикот, самодоволство, нелепи шеги, цинизми, несъответстващи на афекта гримаси /парамимия/
- Сравнително бързо се развива негативната симптоматика под формата на афективно - волево изравняване и се стига до тежка личностова деградация и инвалидизация /прогредиентно протичане/.

КАТАТОННА ШИЗОФРЕНИЯ

- На преден план в клиниката ѝ са качествените разстройства на волевата сфера /парабулия/ проявяващи се най - често в сменящи се, преминаващи една в друга кататонна възбуда и кататонен ступор.
- Кататонната хиперкинеза е най - често нецеленасочена, безмислена, стереотипна, понякога придружена от словесни и двигателни интерации. Понякога възбудата може да премине в няма /неистова/.
- Често възбудата рязко преминава в ступор със застиналост в една поза /ембрионално положение, въздушна възглавници, симптом на хоботчето и др./, активен /съпротивляващ се/ или пасивен /недействащ/ негативизъм, каталепсия /восъчна гъвкавост на тялото и крайниците - *flexibilitas cerea*/

ЕМБРИОНАЛНА ПОЗА



«Эмбриональная поза»
при кататонической форме шизо-
френии.

СИМПТОМ НА ХОБОТЧЕТО



ВЪЗДУШНА ВЪЗГЛАВНИЦА



КАТАТОННА ШИЗОФРЕНИЯ

- Кататонни симптоми може да се появят на фона на ясно съзнание/луцидна кататония с по - лоша прогноза/ или на фона на съноподобно /със сложни псевдохолюцинаторни възприятия, налудни фантазии, помрачено съзнание /онейроидна кататония с по - добра прогноза/.
- Протичането на кататонната шизофрения е най - често пристъпно. Могат да настъпят дългогодишни ремисии с пълна съхраненост на личността и нейната трудоспособност. В други случаи /по - често при луцидна кататония/ след 3 - 4 пристъпа болестта може да веме хроничен ход и да се появят негативни симптоми /емоционално - волево изравняване/, както и да се достигне до тежка инвалидизация.

НЕДИФЕРЕНЦИРАНА ШИЗОФРЕНИЯ

- Обозначава се още като атипична шизофрения
- Психотични състояния, които отговарят на критериите за шизофрения, но по клиничните си проявления не могат да бъдат отнесени към нито една от до тук описаните форми. От някои автори в тази рубрика под названието „остра недиференцирана шизофрения” се описват острите психотични разстройства, отключващи се след стрес, протичащи с ярка продуктивна симптоматика и приключващи с добро възстановяване.

ПРОСТА ШИЗОФРЕНИЯ

- Тази форма на болестта започва в юношеството, обхваща около 5 % от шизофренната популация.
- Протича най - злокачествено.
- Началото е подмолно с появата на странности в поведението и интересите - увлечение по занимания окултизъм, магии и други извънсетивни занимания /метафизична интоксикация на руските автори/. В същото време настъпва бърза загуба на възможностите за справяне с обичайните социални изисквания /училище, семейството/.

ПРОСТА ШИЗОФРЕНИЯ

- Отчита се бързо настъпване на негативните симптоми.
- С напредването на процеса поведението на болните може да придобие асоциален вид – склонност към скитничество, дълбок аутизъм, бездеен и безценен живот. Изходът е по посока на тежка и необратима инвалидизация.

НЕВРОЛЕПТИЦИ

○ Конвенционални

Haloperidol

Chlorpromazin

○ Атипични

Olanzapin

Quetiapin

Risperidon

Aripiprazol

Ziprazidon

Amisulprid

Clozapin

Paliperidon

ДЕПО НЕВРОЛЕПТИЦИ

- ◉ Flupenthixol decanoate /Fluanxol depot/ amp. 20 - 40 mg.
- ◉ Clopixol decanoate /Clopixol depot/ amp. 200 mg.
- ◉ Fluphenazin decanoate /Moditen depot/ amp. 25 mg.
- ◉ Risperidon / Rispolept Consta/ amp. 25,; 37.5,; 50 mg.
- ◉ Zipadhera amp. (Olanzapin) 210 mg, 300 mg, and 405 mg
- ◉ Abilify Maintena amp. (Aripiprazol)

ПОЛЕЗНИ ЕФЕКТИ ОТ ПОДДЪРЖАЩАТА ФАРМАКОТЕРАПИЯ:

- Значително разреждане на хоспитализациите
- Атенюиране силата на пристъпите с възможности за амбулаторно лечение
- Смекчаване прогресиентността на болестния процес
- Подобряване на психосоциалната и общочовешката комуникация

ПОЛЕЗНИ ЕФЕКТИ ОТ ПОДДЪРЖАЩАТА ФАРМАКОТЕРАПИЯ:

- ⦿ Реактивация и ресоциализация на личността на болния
- ⦿ Създаване на възможности за включване в терапевтично общество и повишаване чувствителността към други социални въздействия – социални клубове, общности за психично здраве, създаване на психиатрична комуникация с фамилията и др.

ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

- Целта е да се възстанови способността на пациента да функционира в общността
- Мерки за насърчаване на социалната реинтеграция и самостоятелен начин на живот, окуражаване на професионално развитие

chumpalova@abv.bg