Министерство здравоохранения и социального развития населения РФ.

Министерство здравоохранения Ставропольского края

ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж»

«Шизофрения»

Выполнила:

Студентка 4 курса

Группы №462

Рабаева Анжелика

Проверил:

Преподаватель:

Зернов В.В.

Пятигорск 2014г.

Содержание

1. Понятие шизофрении

. Признаки и симптомы заболевания

. Формы шизофрении

. Лечение

. Заключение

. Список литературы.

1.Понятие шизофрении

Шизофрения (др.-греч. σχίζω - «раскалываю» + φρήν - «ум, рассудок») - психическое расстройство (возможно, группа психических расстройств), для которой характерны отклонения в восприятии реальности или её отражении. Манифестация болезни, как правило, связана с появлением продуктивных симптомов (слуховые галлюцинации, параноидный или фантастический бред или дезорганизованные речь и мышление) на фоне значительной социальной дисфункции или потери работоспособности. Первые симптомы обычно появляются в начале взрослой жизни; в целом риск заболевания составляет 0,4-0,6 %. Диагноз ставится на основании анализа жалоб пациента и его поведения. В настоящее время не существует клинически одобренного лабораторного теста на шизофрению.

Важными патогенными факторами, по данным исследований, являются генетическая предрасположенность, условия жизни в раннем детстве, нейробиологические нарушения, психологические и социальные взаимодействия. В настоящее время активно изучаются нейробиологические механизмы заболевания, однако единой органической причины пока не установлено. Многообразие симптоматики породило дебаты о том, является ли шизофрения единым заболеванием или представляет собой диагноз, за которым кроется ряд отдельных синдромов. Эта неоднозначность была отражена при выборе названия: Эйген Блейлер использовал множественное число, именуя болезнь «шизофрениями». Этимология слова вызывает путаницу: в популярной культуре заболевание ошибочно уравнивают с «раздвоением личности» - неточным наименованием диссоциативного расстройства идентичности.

У лиц, страдающих шизофренией, неизменно обнаруживается повышенная дофаминергическая активность в мезолимбическом пути. Основой терапии являются антипсихотические средства, действие которых обусловлено в первую очередь подавлением дофаминовой активности. Используемая в настоящее время дозировка антипсихотиков, как правило, ниже по сравнению с первыми годами их применения. Также в лечении важную роль играют психотерапия, социальная и профессиональная реабилитация. При тяжёлом течении заболевания, если больной представляет риск для себя и окружающих, может потребоваться недобровольная госпитализация, но частота и сроки пребывания в клинике снизились по сравнению с прежними временами.

Считается, что заболевание в первую очередь поражает когнитивные способности, но оно обычно также вызывает устойчивые проблемы в поведении и эмоциональной сфере. У больных шизофренией с большой вероятностью диагностируются коморбидные состояния, в их числе депрессии и тревожные расстройства; риск алкоголизма и наркомании составляет около 40 %. Часты социальные проблемы, такие как длительная безработица, бедность и бездомность. Повышенный риск самоубийства и проблемы со здоровьем обуславливают низкую продолжительность жизни, которая у больных на 10-12 лет короче по сравнению с людьми, не страдающими шизофренией.

. Признаки и симптомы заболевания

У человека, больного шизофренией, могут отмечаться дезорганизация мышления и речи, их необычность, слуховые галлюцинации, бредовые идеи. В силу ряда причин заболевание часто сопровождается социальной изоляцией, ему сопутствуют нарушение социального познания и параноидальная симптоматика, связанная с бредом и галлюцинациями, а также негативные симптомы: апатия и абулия. В редких случаях пациент может сохранять молчание, застывая в странных позах либо, наоборот, впадать в состояние бесцельного возбуждения: это признаки кататонии. Ни один из признаков, взятый в отдельности, не является достаточным для диагностики шизофрении, так как все они могут сопутствовать иным патологическим состояниям. Согласно существующей классификации психозов, симптомы шизофреноподобного психоза должны присутствовать как минимум в течение месяца на фоне расстройства функционирования, длящегося не менее полугода; менее длительные эпизоды относят к шизофреноформному расстройству.

Чаще всего шизофрения начинается в позднем подростковом возрасте или в начальном периоде взрослой жизни, нередко нанося серьезный ущерб личности человека на важнейшем этапе социального и профессионального развития. В последние годы проводится обширная исследовательская работа по ранней диагностике пред-дебютных (продромных) признаков заболевания с целью минимизации его вредного воздействия. Показано, что до 30 месяцев до появления явных симптомов, а в некоторых случаях и ранее, возможно обнаружение продрома. В этом периоде у будущих больных могут проявляться неспецифические признаки - социальная изоляция, раздражительность и дисфория. По мере приближения психоза у них возникают транзиторные (кратковременные) или ограниченные психотические симптомы.

. Позитивные и негативные симптомы

Симптомы шизофрении часто разделяют на позитивные (продуктивные) и негативные (дефицитарные). К позитивным относят бред, слуховые галлюцинации и расстройства мышления - всё это проявления, обычно свидетельствующие о наличии психоза. В свою очередь, об утрате или отсутствии нормальных черт характера и способностей человека говорят негативные симптомы: снижение яркости переживаемых эмоций и эмоциональных реакций (плоский либо уплощенный аффект), бедность речи (алогия), неспособность получать удовольствие (ангедония), потеря мотивации. Недавние исследования, однако, говорят о том, что несмотря на внешнюю потерю аффекта, больные шизофренией часто способны к эмоциональным переживаниям на нормальном или даже повышенном уровне, в особенности при стрессовых или негативных событиях. Часто выделяют третью группу симптомов, так называемый синдром дезорганизации, включающий в себя хаотическую речь, хаотические мышление и поведение. Существуют и другие симптоматические классификации.

. Формы шизофрении

Наиболее распространена параноидная форма шизофрении, которая характеризуется преимущественно бредом преследования. Хотя другие симптомы - нарушения мышления и галлюцинации - тоже присутствуют, бред преследования больше всего бросается в глаза. Обычно ему сопутствует подозрительность и враждебность. Характерен также постоянный страх, порождаемый бредовыми идеями. Бред преследования может присутствовать годами и в значительной мере развиваться. Как правило, у больных параноидной шизофренией не возникает ни заметных изменений в поведении, ни интеллектуальной и социальной деградации, которые отмечаются у больных другими формами. Функционирование больного может казаться на удивление нормальным, пока не затронуты его бредовые представления.

Гебефреническая форма шизофрении отличается от параноидной как по симптоматике, так и по исходу. Преобладающими симптомами служат заметные мыслительные трудности и расстройства аффекта или настроения. Мышление может быть настолько дезорганизовано, что утрачивается (или почти утрачивается) способность к осмысленному общению; аффект в большинстве случаев неадекватен, настроение не соответствует содержанию мышления, так что в результате грустные мысли могут сопровождаться веселым настроением. В долгосрочной перспективе большинство этих больных ожидает выраженное расстройство социального поведения, проявляющееся, например, склонностью к конфликтам и неспособностью сохранить работу, семью и близкие человеческие отношения.

Кататоническая шизофрения характеризуется в первую очередь аномалиями в двигательной сфере, присутствующими почти на всем протяжении болезни. Аномальные движения бывают самыми разнообразными; это могут быть нарушения позы и выражения лица или выполнение практически любых движений странным, неестественным образом. Больной может часами находиться в нелепой и неудобной манерной позе, чередуя ее с необычными действиями типа повторяющихся стереотипных движений или жестов. Выражение лица у многих больных застывшее, мимика отсутствует или очень бедна; возможны какие-то гримасы вроде поджимания губ. Кажущиеся нормальными движения иногда внезапно и необъяснимо прерываются, порой сменяясь странным двигательным поведением. Наряду с выраженными моторными аномалиями отмечаются многие другие, уже обсуждавшиеся, симптомы шизофрении - параноидный бред и прочие нарушения мышления, галлюцинации и т.д. Течение кататонической формы шизофрении сходно с гебефренической, однако тяжелая социальная деградация, как правило, развивается в более поздний период болезни.

Известен еще один «классический» тип шизофрении, но он наблюдается чрезвычайно редко и выделение его в отдельную форму заболевания оспаривается многими специалистами. Это простая шизофрения, впервые описанная Блейлером, который применял данный термин к больным с нарушениями мышления или аффекта, но без бреда, кататонических симптомов или галлюцинаций. Течение таких расстройств считается прогрессирующим с исходом в форме социальной дезадаптации.

В целом, диагностические границы между разными формами шизофрении несколько расплывчаты, и двусмысленность может возникать и возникает. Тем не менее, проведенная классификация сохраняется с начала 1900-х годов, так как она оказалась полезной и для предсказания исхода болезни, и для ее описания.

. Лечение

В настоящее время имеются большие возможности для лечения больных шизофренией. Большой арсенал психотропных средств с широким спектром действия позволяет проводить дифференцированную терапию с учетом особенностей проявления заболеваний. При выраженных психотических расстройствах с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств, состояний возбуждения применяются такие нейролептики, как тиопроперазин, галоперидол и т. д., с преобладанием кататонических расстройств - этаперазин, френолон и др. Следует остановиться на лечение острых состояний шизофрении, протекающих с повышенной температурой тела, т. е. фебрильных приступов. Для лечения больных с фебрильными приступами применяют аминазин в высоких дозах и электросудорожную терапию. Другие нейролептики не рекомендуются. Некоторые больные плохо переносят аминазин, в этих случаях целесообразно вместе с этим препаратом назначать внутривенно сибазон. При неэффективности указанных мер при дальнейшем повышении температуры тела и признаках нарастания отека мозга переходить к электросудорожной терапии.

В тех случаях, когда в картине заболевания преобладают негативные расстройства, рекомендуется применять нейролептические препараты со стимулирующим действием. Больным с депрессивными и депрессивно-параноидными явлениями следует назначать антидепрессанты. При сложных психопатологических синдромах возможна комбинация препаратов, включающая различные нейролептики, антидепрессанты и другие средства. Хорошие результаты наблюдаются также при применении таких традиционных методов, как инсулиношоковая и, в крайних случаях, электросудорожная терапия. Инсулиношоковая терапия показана больным с острыми проявлениями шизофренического процесса и соматически ослабленным, электросудорожная - больным, резистентным к терапии другими методами, и с хроническими депрессивными состояниями.

Важная роль в возвращении больных шизофренией к полноценной жизни отводится социально-трудовой реабилитации. В общей системе организации психиатрической помощи предусмотрены различные формы лечебно-трудового и социального воздействия на больных шизофренией.

Среди больных шизофренией около 50% не имеют инвалидности и работают в условиях обычных предприятий. Остальные преимущественно инвалиды II и реже I и III групп. Больные, имеющие III группу инвалидности, работают в спеициализированных цехах, абольные II группы - в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах. Подбор видов труда для больного проводится врачом-психиатром с учетом его психического состояния и прежней профессиональной подготовки. При невозможности заниматься прежней работой больной может пройти профессиональное обучение и овладеть новой специальностью.

Заключение

шизофрения заболевание психиатрический симптом

Шизофрения отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития - начальном, манифестном, отдаленном и исходном. Среди большого числа свойственных самой болезни расстройств и привходящих факторов основными являются тип течения болезни и особенности характеризующих болезнь симптомов. Оба параметра во многом взаимосвязаны. Правильное их решение способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза. Последний включает и разрешение вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии.

Список литературы

1.Абрамова Л. И., Цуцульковская М. Я., Элиава В. Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной шизофрении (клинико- катамнестическое исследование).- Журн. невропатол. и психиатр., 1982, т. 82, в. 4, с. 579-585.

.Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.- М.: Медицина, 1981, 496 с.

.Александров А. А., О преморбидных особенностях характера у подростков с вялотекущей шизофренией.- В кн.: Патохарактерологические исследования у подростков. Л., 1981, с. 97-102.

.Башина В. М. Катамнез больных ранней детской шизофренией (ее неблагоприятного варианта).- Журн. невропатол. и психиатр., 1986, в. 10

.Беляев Б. С. О клинических особенностях алкоголизма у больных с гебоидной формой шизофрении.- Журн. невропатол. и психиатр., 1977, в. 3, с. 557-563.

.Беспалько И.Г. «О системном подходе к анализу соотношения патологии и нормы в судебной психиатрии»// Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии; труды Санкт-Петербургского научно- исследовательского института им В.М. Бехтерева;

.Воловик В.М. «Пограничные состояния и начало шизофрении»// Теоретико- методологические аспекты пограничной психиатрии; труды Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им В.М. Бехтерева;

.Шумаков В.М., Свириновский Я.Е. «О комплексном подходе к разграничению понятий нормы и патологии применительно к некоторым задачам судебной психиатрии»;

.Шерешевский А.М., Журавель В.А. «Значение критериев нормы и патологии для развития внебольничной психиатрии в России».