Название учебного заведения

Реферат по учебной дисциплине «Психология»

на тему: «Шизофрения. Понятие, симптомы, формы и способы лечения».

Выполнил: Ф.И.О.

Проверил: Ф.И.О.

2016

**План**

1. Введение……………………………………………………………………………….2-3

2. Определение понятия шизофрения. История происхождения……………….4-5

3. Основные симптомы при шизофрении, её формы……………………………6-12

4. Лечение шизофрении……………………………………………………………….13

5. Заключение…………………………………………………………………………….14

6. Список литературы………………………………………………………………….15

**1. Введение.**

Проблема психических расстройств с каждым годом становится все актуальней. Научно-технический прогресс затронул все сферы жизни общества, соответственно качество жизни население способно изменяться. К сожалению, эти изменения не всегда несут положительный характер.

До сих пор возникают вопросы в исследованиях различных форм психических заболеваний, требуются новые методы лечения и усовершенствование способов диагностики. Одним из самых серьезных заболеваний психики является шизофрения.

Стоит отметить, что у больного человека этим недугом мир также богат, как и у здорового человека. Он испытывает различные эмоциональные переживания, порой намного ярче выраженные, чем у здорового человека. Родные и близкие таких людей должны понимать, что пациент нуждается не только в медикаментозном лечении, но и постоянной психологической поддержке. Тяжело жить в полном отсутствии принятия и понимания, а душевно больному – тем более.

Заболевание «шизофрения» может возникнуть у любого, и причины недуга не известны. Конечно, наследственный фактор, неблагополучный образ жизни или серьёзные стрессовые ситуации могут повлиять на развитие недуга, но большинство психиатров отмечает, что со всеми тяжелыми проблемами сталкиваются миллиарды людей, а душевно больными становится очень мало.

Гарантии на то, что кто-то из близких людей не заболеет шизофренией, нет. При этом от больного отворачиваются окружающие, а родственники впадают в отчаяние. Подобное положение в социуме еще больше угнетает психологическое состояние больного шизофренией, получается замкнутый круг. Потому так важно его психологически поддерживать и успокаивать. Эти действия должны послужить альтернативой для облегчения психологического состояния пациента.

Далее. Принято считать, что душевно больной плохо соображает. На самом деле доказано, что у многих пациентов отмечаются весьма высокие показатели интеллектуальных способностей. Причем, их уровень IQ зачастую намного выше, чем у обычного среднестатистического гражданина. Т.е. шизофрения часто диагностируется у чутких людей с незаурядными умственными способностями.

Что же чувствует больной шизофренией? Что побуждает его к странному мышлению, и какова тактика терапии предусмотрена для различных случаев заболевания?

**2. Определение понятия шизофрения. История происхождения.**

Шизофрения – психическое заболевание, характеризующееся дезинтеграцией процессов мышления и изменениями эмоциональной сферы.

На сегодняшний день шизофрения является более распространенным заболеванием, чем другие психические расстройства. Ей страдает более 40 миллиона человек. Наибольшее количество заболевших приходится на жителей крупных городов. Сельские люди болеют шизофренией гораздо реже. Основной период заболеваемости относится к возрастной группе 15-30 лет.

Больной шизофренией не отличает реальность от своих фантазий. Этот человек живет в собственном, придуманном мире. Заболевание затрагивает все сферы жизни, и, как правило, больной существенно отличается от окружающих.

Сегодня существует много гипотез о факторах, влияющих на развитие заболевания. Обычно в качестве основной причины выступает тяжелая семейная обстановка или схожие психологические факторы. Но недуг имеет и биохимическую концепцию. Так нарушенный метаболизм головного мозга способен спровоцировать выработку веществ, способствующих галлюцинациям. Также по поводу шизофрении проводился ряд экспериментов, направленных на генетический фактор. Доказано, что механизм проявления недуга у ребенка может быть схожим с механизмом его у его родителя. Но сам способ наследственной передачи и причины недуга до сих пор до конца не изучены.

История происхождения.Впервые в 1852 г. французский психиатр Бенедикт Огюстен Морель выдвинул теорию возникновения нервных и психических заболеваний и описал ее. По его мнению, все психические заболевания возникали из-за дегенеративных процессов, которые терпит человеческая природа. Пациентам, с выявленными психическими нарушениями, Морель давал неутешительные прогнозы.

Немаловажный вклад в изучение патологических состояний психики, внес немецкий психиатр Карл Людвиг Кальбаум. В 1863 году выходит книга «Группировка психических болезней и систематика психических расстройств», где психиатр проводит дифференцировку и подробное изучение основных форм психозов. В дальнейшем, Кальбаум в совместной работе с психиатром Эвальдом Геккером, ввели такие понятия как гебефрения и кататония. В 1908 году, швейцарский психиатр Эйген Блейер ввел диагноз «шизофрения» и подробно изучал данное заболевание. По Блейеру, основным симптомом шизофрении является амбивалентность - наличие противоположных чувств к одному и тому же объекту.

Но не только зарубежные деятели занимались изучением болезней психики. В 1882 году, один из основоположников Российской психиатрии Виктор Хрисанфович Кандинский ведет исследовании области псевдогаллюцинаций и вводит термин, соответствующий современной шизофрении – «идеофрения».

**3. Основные симптомы при шизофрении, её формы.**

Клинические проявления. При изучении данного заболевания следует отметить, что патологические процессы затрагивают мышление, восприятие, волевую сферу и эмоции.

Существует три формы шизофрении: простая; кататоническая; гебефреническая.

Простая форма характеризуется нарушениями в эмоционально-волевой сфере и функций мышления. Возникает разорванность мыслей, скудность эмоций и отсутствие воли к различным действиям.

Кататоническая форма почти всегда имеет приступообразное течение, сопровождается повышением мышечного тонуса и речевой дисфункцией больного. Другими проявлениями данной формы являются:

- симптом воздушной подушки – после того, как больной долгое время лежит на кровати, голова остается приподнятой над подушкой;

- эхо-симптомы – повторение движений окружающих людей, а также их слов и выражений;

- каталепсия – пребывание в одной и той же позе на длительном протяжении времени.

Помимо данной симптоматики могут наблюдаться различные бредовые идеи, неадекватные эмоциональные реакции и галлюцинаторные явления. Стоит отметить, что кататонической форме характерны и двигательные нарушения с небольшим распространением. Затрагивается походка, мимика, или жесты, которые могут быть выражены в неловкости, жёсткости, и, возможно, в судорожности. Важно знать, что двигательные аномалии при кататонической форме заболевания – частое явление.

Гебефреническая форма проявляется сильными эмоциональными нарушениями. Чаще всего, начало приходится на подростковый возраст и характеризуется приступообразным течением. У больного ярко выражено неадекватное поведение с вычурными жестами и гримасами. В речи наблюдается разорванное мышление, отсутствие логики и бредовые идеи. При прогрессивном течении больные безынициативны и утрачивают способность к проявлению чувств.

Всю симптоматику при шизофрении можно разделить на две группы:

Позитивную. Позитивные симптомы характеризуются наличием галлюцинаций (преимущественно слуховых). Больной уверен, что все голоса, которые он слышит, адресованы непосредственно ему, хотя не может объяснить, откуда конкретно их слышит. Голоса могут нести различный характер: могут хвалить, унижать, а могут и угрожать. Другая особенность симптоматики, заключается в наличии бредовых идей: больной может считать себя гениальным ученым или стремится свести счеты с жизнью. Эмоциональная сфера в позитивной симптоматике характеризуется пониженным (депрессивным) или повышенным (маниакальным) настроениями;

Негативную. Негативные симптомы проявляются в виде аутизма – чувства замкнутости и стремления покинуть места общего скопления людей, а также отсутствием волевых качеств.

Наличие позитивной симптоматики определяет хороший прогноз для лечения шизофрении, тогда как негативные симптомы полностью не излечиваются.

Как мыслит больной шизофренией? Нарушенное мышление – самая явная часть всей симптоматики при шизофрении. По этому поводу существует много терминов. При шизофрении в процессе мышления больной не способен нормально ассоциировать и сосредотачиваться на какой-либо определённой теме.

Так посторонние мысли его часто отвлекают от основной задачи, и концентрация внимания утрачивается полностью. В результате мышление приобретает расплывчатый характер и образует поток эксцентричных материалов, и идеи больного здоровому человеку кажутся довольно странными.

Другие больные осознают трудность порождения и связывания мыслей, после чего у них возникают жалобы на слабую продуктивность разума. С другой стороны, пациенты могут испытывать мыслительную перегрузку от идей, препятствующих нормальному мышлению в ходе дела.

Зачастую у больного мышление становится ненормальным ввиду такого феномена, как бред. Им называют неверные и довольно стойкие убеждения, причем, не всегда им способствуют определённые жизненные ситуации.

Так пациент, испытывающий приступы бреда «преследования», считает и утверждает, что за ним следят, к примеру, государственные органы. Больные доказывают, что их дом «начинен жучками» и прочими устройствами для слежения госструктурами.

Конечно, на подобные устойчивые идеи может повлиять жизненная позиция пациента, поскольку в некоторых случаях такое может произойти. Но в большинстве случаев подобные бредовые сюжеты противоестественны, и человек со здравым смыслом быстро отличит их от реальности. Так примером может послужить убеждение пациента в том, что его в одну ночь похитили высшие существа, провели ряд экспериментов, и после у него появился какой-либо дар.

Существует и другая форма шизофренического бреда. Она часто включает утверждения о потере контроля над собственными движениями и мыслями не по причине состояния здоровья больного. Он может считать, что его идеями и физическими действиями управляют любые внешние силы. Доходит до того, что звучат убеждения подобного рода: «Мои мысли и движения контролируются с помощью электрических приборов и, к тому же, меня загипнотизировали».

Восприятие и эмоции больного шизофренией.У больных шизофренией довольно часто отмечаются нарушения со стороны восприятия. У них возникают слуховые галлюцинации, воспринимаемые за существующие звуки. Причём, эти звуки (особенно, голоса), могут слышать не только эпизодически, но и постоянно. Сразу стоит оговориться, что голоса, слышимые «внутри головы» – вербальные, и имеют неврологическую, а не психическую этиологию. Приём лекарств, травмы или поражения коры головного мозга могут спровоцировать данное состояние, и к шизофрении это никак не относится.

Шизофреники слышат звуки «за пределами головы». Причём, голоса могут быть доступными для понимания здорового человека, а шизофреник их понимает всегда, иногда спорит с ними, комментирует и даже угрожает. Возможны и тактильные или зрительные галлюцинации, но их распространение менее выражено. Все галлюцинации чаще всего и провоцируют нестандартные убеждения больного. Так некоторые голоса пациенты воспринимают как часть непрерывного подслушивания больного госструктурами или другими людьми с помощью электроники.

Нестандартное восприятие часто приводит к состоянию аффекта. Это психологическое изменение характеризуется эмоциональными состояниями, никоим образом не связанными с ситуацией. Мысли больного при этом сильно отличаются от нормального мышления. В некоторых случаях отмечается полное отсутствие эмоций даже при сильно провоцирующей ситуации. Поэтому при определённых ситуациях у одних больных нет ни единого мимического изменения, у других – смех или сильная улыбка в трагической ситуации.

Этиология.Причины возникновения шизофрении до конца не изучены, но исследователи выделяют некоторые теории, благодаря которым возможно дать объяснение патологическим изменениям психики.

Виды этиологии:

-Генетическая теория.Наследственная предрасположенность к заболеванию, является ключевым фактором риска. В семье, где хотя бы один человек имеет психическое расстройство или диагностированную шизофрению, вероятность развития патологии психики имеет высокий процент. Также, в качестве генетического фактора могут служить различные мутации структуры ДНК или его участка.

- Социальная. Формирование шизофрении зависит от научно-технического прогресса и установления новых общественных порядков. Это объясняется наличием большого количества стрессов, которым так подвержено большинство населения;

-Биологическая теория. Предполагается наличие изменений функций центральной нервной системы или биохимических структур организма.

Сама шизофрения бывает приступообразной, рекуррентной (периодической) и непрерывной.

Приступообразная шизофрения характеризуется временными приступами непрерывной шизофренией. Это значит, что больной при данной форме заболевания во время приступа испытывает непрерывные галлюцинации, но общая симптоматика выражена неярко. Длительность может быть как транзиторной (в течение нескольких минут), так и затянувшейся на долгие годы.

В структуре приступообразной шизофрении сильно выражены не только галлюциногенные, но и параноидные проявления. В продуктивной симптоматике такой формы шизофрении имеется межприступный период, выражающиеся в дефицитарном изменении личности. Возникает эффект диссоциации, когда шизофреник кажется абсолютно нормальным человеком с лёгким психозом.

Приступы такой шизофрении могут отличаться полиформностью, и, к примеру, маниакальные действия могут сопровождаться самообвинениями и сильной слезливостью. В этот период может отсутствовать психическая реакция в тяжелой стрессовой ситуации, либо возникнуть неполное отношение даже при выраженной психотической симптоматике.

Приступообразной шизофренией заболевают лица любого возраста. По клинической картине можно определить, в каком возрасте началось заболевание. Так при наличии инфантилизма можно говорить о шизофрении, возникшей еще в детский период. Прогноз недуга различен. Всё зависит от степени тяжести, частоты приступов и возраста, в котором заболевание началось.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения.Рекуррентной шизофрении характерны приступы длительностью от нескольких недель до многих лет. Частота приступов может составить от пары до десяти и более. Приступы рекуррентной шизофрении бывают: онейроидно-кататоническими; депрессивно-параноидными; аффективными.

Определить основной вид рекуррентной шизофрении иногда не представляется возможным ввиду того, что пациенты нередко испытывают несколько видов шизофрении одновременно. Подобные психопатологические особенности имеют ярко выраженную аффективность. Одновременно с этим плавно, но быстро возникает чувственный бред в совокупности с кататоническим расстройством.

Часто недуг отличается ремиссией с высоким качеством. В период интермиссии (бессимптомного состояния) у больного изменяется личность, он становится более работоспособным, но менее творческим и эмоциональным. Такие изменения обычно возникают после 3 или 4 приступа. Постепенно нормализуется личность.

Стоит отметить, что рекуррентные шизофреники всегда критически относятся к психическим состояниям, благодаря чему способны отличать здоровое состояние от нарушенного сознания. Потому такие больные считаются полностью работоспособными. Только астенические изменения могут повлиять на работоспособность. Второй положительный момент у данного заболевания – благоприятный прогноз. Его можно быстро вылечить. Единственное, что следует учесть – рекуррентные шизофреники страдают сильной депрессией и часто задумываются о суициде.

Непрерывное течение шизофрении.Непрерывная шизофрения – самая тяжелая форма болезни, выражающаяся в следующих формах: ядерная (злокачественная); параноидная (среднепрогредиентная); малопрогредиентная (вялотекущая).

Злокачественная шизофрения часто возникает в юношеском возрасте и полностью развивается всего за пару лет. У пациентов сначала возникают негативные расстройства, и только после – позитивные. Присоединяется полиморфизм психических патологий. Злокачественная шизофрения обладает выраженной резистентностью к различным методам лечения, поэтому прогноз недуга зачастую неблагоприятен.

На начальном этапе заболевания появляется эмоциональная дефицитарность и ослабевает энергетический потенциал, который часто выражается в значительном снижении успеваемости и интеллектуальных способностях. Некоторые больные из-за этого не осваивают школьную программу, и порой просто не в состоянии закончить все классы. Также резко снижается творческая продуктивность. При эмоциональной дефицитарности дети становятся хладнокровными к родителям, раздражительными и чрезмерно агрессивными. Далее – безразличными людьми к своему внешнему виду, и к себе в целом. В конечном итоге развивается превалирование негативных психических расстройств.

При непрерывном течении шизофрении часто отмечаются параноидные состояния. В такой форме заболевания пациент испытывает паранойяльные, параноидные и парафренные состояния бреда в совокупности с галлюцинаторными. У такой формы шизофрении частые случаи бреда в выраженной степени.

Параноидную шизофрению называют синдромом Кандинского-Клерамбо, и предшествуют ей острые и кратковременные приступы страха, необоснованной тревоги. Больные не могут объяснить такого своего состояния. Но не всегда необоснованное чувство страха связано с шизофренией, возможно, у пациента имеются сердечные патологии. Если их наличие исключено, а у больного отмечаются значительные тревожно-боязливые состояния – речь все е идет о шизофрении.

После испытанного страха у больного резко поднимается настроение и возникает инвертированный психотический автоматизм. Они стараются побуждать общество к определённым действиям, а после развивается парафренная шизофрения с псевдогаллюцинациями и конфабуляциями.

**4. Лечение шизофрении.**

При постановке диагноза необходимо собрать полный анамнез жизни пациента и проанализировать, какие причины способствовали возникновению симптомов. Проводится полный осмотр пациента, где важно обратить внимание на наличие позитивной или негативной симптоматики.

Основные диагностические мероприятия: МРТ головного мозга, с целью исключения злокачественных новообразований и изменений структуры мозговых оболочек; ЭЭГ, для фиксирования биоэлектрической активности головного мозга; общий анализ крови и мочи; психологические тесты; исследования функций сердечнососудистой, пищеварительной и эндокринных систем с целью выявления сопутствующих патологий.

Лечение шизофрении проводится под строгим руководством врача-психиатра. Большое внимание уделяется корректировке психологического состояния больного: работа с психологом, беседы о текущем состоянии и с чем связывает возникновение заболевания сам больной. В качестве медикаментозного лечения, предпочтение отдается нейролептикам: они эффективно снимают психотические приступы и замедляют прогрессирование заболевания.

Также, назначают седативные препараты и витаминные комплексы, для улучшения общего состояния организма и успокоения. При наличии патологий со стороны эндокринной, дыхательной и других систем, подбирается соответствующая симптоматическая терапия.

Длительность лечения зависит от формы шизофрении и прогноза: купирование симптомов может занимать до двух месяцев, а стабилизация состояния может длиться до полугода.

**5. Заключение**

Шизофрения – заболевание, протекающее с различными изменениями личности. Нестабильность психического состояния, приносит дискомфорт не только больному, но и всей его семье, а все социальные взаимодействия, к которым так привык человек, становятся невозможными.

Поскольку у заболевания возможен благоприятный прогноз, к лечению следует приступать сразу при возникновении первых симптомов. При наличии у подростка чрезмерной агрессивности или, наоборот, хладнокровности, рекомендуется консультация психолога. В некоторых случаях требуется начало терапии с медикаментозного лечения, но в большинстве – необходимо помнить, что только комплексная терапия поможет избежать усугубления состояния пациента и вылечить его в кратчайшие сроки.

**6. Список литературы.**

1. Шизофрения. Клиника и патогенез / под ред. А. В. Снежневского.

2. Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского.

3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия.

4. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.

5. Р.С. Немов, Психология. В 3 кн. Кн. 1: Общие основы психологии: Учебник для студентов педагогических вузов. – 3-е изд. – М.: Владос, 2004. - 632 с.