



Медсестринський процес при шизофренії

д. мед. н., професор Васильєва Ганна Юріївна

Актуальність

Шизофренія – тяжкий психічний розлад, на який страждають приблизно 24 мільйони осіб, або 1 з 300 осіб у світі (0,32%). Серед дорослого населення цей показник становить 1 на 222 особи (0,45%).

Шизофренія викликає психози, асоціюється з тяжкою інвалідністю і може негативно впливати на всі сфери життя, включаючи особисте, сімейне, соціальне життя та навчальну та трудову діяльність.

Особи з шизофренією часто є об'єктом стигматизації, дискримінації та порушень прав людини.

У всьому світі більше двох третин людей із психозом не отримують спеціалізованої психіатричної допомоги.

Існує ряд ефективних варіантів надання допомоги пацієнтам з шизофренією, завдяки яким можна досягти повного одужання щонайменше кожного третього хворого.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Шизофренія

(лат. *schizophrenia* - грец. *schizo* — розколюю + *phren* — душа, розум)

— ендогенне прогредієснтне поліморфне психічне захворювання, характеризується дисоціацією психічних процесів, довготривалим безперервним або нападopodobним перебігом і різною вираженістю продуктивних (позитивних) і негативних розладів, що приводить до психічного дефекту у вигляді зміни особистості, емоційно-вольовому збідненню, зниженню енергетичного потенціалу.

Незважаючи на значну кількість праць, присвячених шизофренії, її етіологія і патогенез вивчені недостатньо. Основним етіологічним чинником вважають спадкову схильність і тому шизофренію відносять до ендогенних захворювань. Численні дослідження свідчать про безсумнівну участь у її виникненні різних мутагенних (хімічних, радіаційних та ін.) впливів, інфекцій, травм голови та важких переживань як провокуючих і, можливо, причинних чинників.



shutterstock.com • 753702730

Поняття (термін) «шизофренія» запропонував швейцарський психіатр E.Bleuler (1911). Групу психозів, що об'єднуються цим поняттям, називають ще хворобою Блейлера.

ІСТОРІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

чотири «А» E.Bieuler

АУТИЗМ

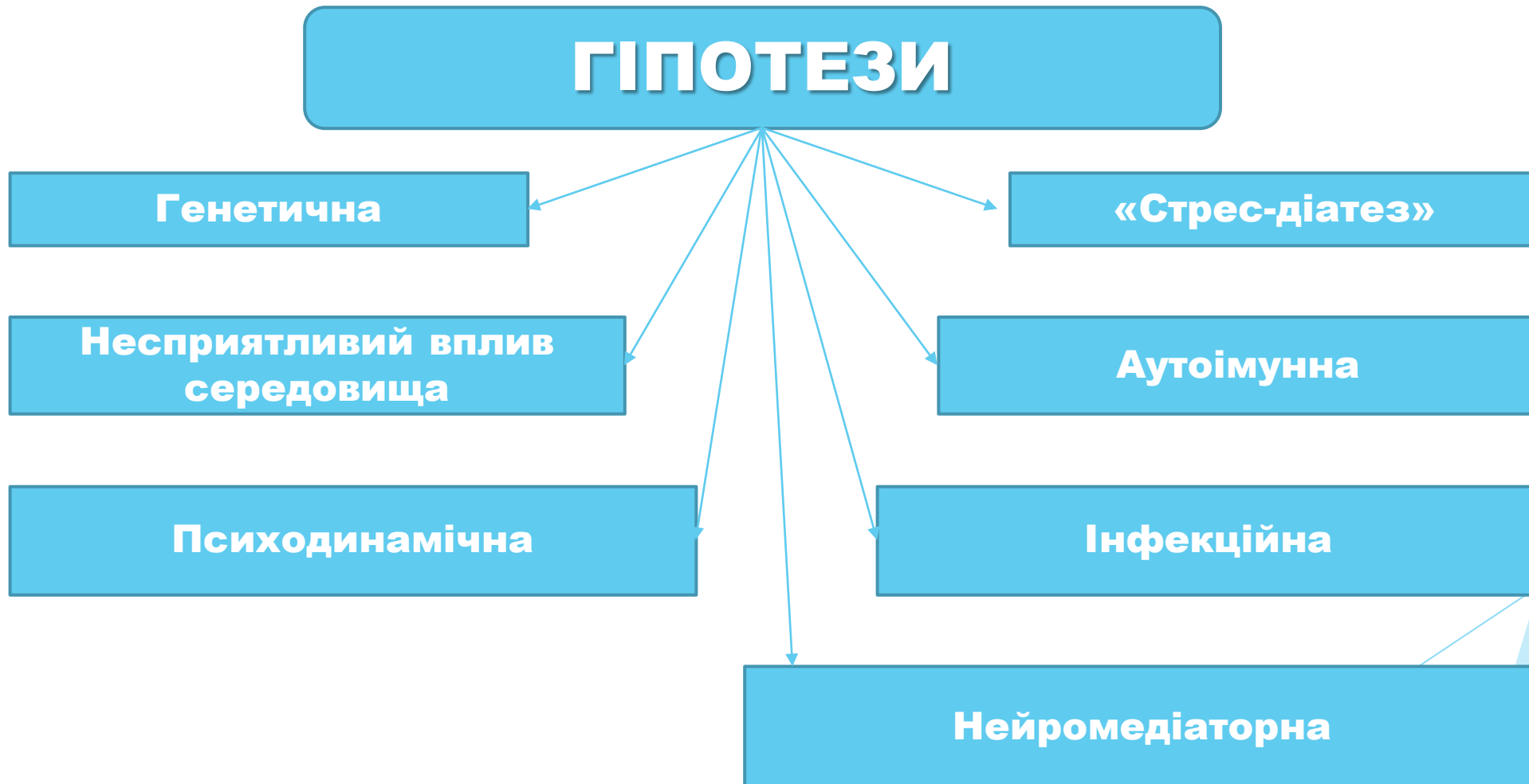
АМБІВАЛЕНТНІСТЬ

АПАТІЯ

АБУЛІЯ

Етіологія і патогенез

Специфічного етіологічного чинника шизофренії на даний час не виявлено. За даними ВООЗ, причини і механізми її розвитку доцільно розглядати, використовуючи мультифакторний підхід.



Значну роль відводять спадковій схильності. Так конкордатність однайцевих близнюків щодо шизофренії досягає 90%, двояйцевих – 15%. Діти, у котрих обоє батьків хворі на шизофренію, уражуються нею в 15-40% випадків, якщо лише один із батьків – у 12%. Передається схильність переважно за рецесивним типом.

Більшість авторів вважають головним моментом розвитку шизофренії зрив спадково порушеного механізму обміну речовин, що супроводжується зниженням рівня енергетичних процесів, аутоінтоксикацією та аутоімунізацією. При цьому виявляють неспецифічні зміни азотистого, білкового та амінокислотного обмінів, вмісту нейрогормонів з блокадою і подальшою дегенерацією адренергічних рецепторів.

Наслідком таких відхилень є патофізіологічні чинники, зокрема гіпноїдність – посилення гальмівних процесів у кірковій речовині великого мозку, дисбаланс діяльності кіркової і підкіркової речовини, інертність і парадоксальність реагування нервової системи.

Спроби пояснити походження цих змін та їхню роль у патогенезі шизофренічних розладів роблять на підставі дофамінової, норадреналінової та серотонінової гіпотез, гіпотези, пов'язаної з обміном гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), виникненням ендогенних галюциногенів, теорії повільної вірусної інфекції тощо.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ШИЗОФРЕНІЇ

Нейротрансмітерні порушення

Дофамінова теорія
гіперактивна нейротрансмісія дофаміну в підкіркових та лімбічних ділянках головного мозку пов'язана з позитивними симптомами шизофренії

Серотонінова теорія
при шизофренії спостерігається недостатність серотонінової нейротрансмісії (передачі нервового імпульсу).

Норадренергічна теорія
симптоми шизофренії з'являються в результаті дегенерації нейронів цієї системи (адреналін, норадреналін і дофамін)

Морфологічні зміни

Атрофія префронтальної кори

Патогенез шизофренії

ПОЗИТИВНА



Гіпердофамінергічна активність

- Переважання продуктивної симптоматики
- Мінімальні структурні порушення
- Відносно задовільна адаптація

Хороша відповідь на класичні нейрولептики

НЕГАТИВНА



Гіподофамінергічна активність
Атрофія сірої речовини префронтальної кори

- Переважання негативної симптоматики
- Прихований початок
- Хронічний або злоякісний перебіг

Ефективні атипові антипсихотики (більше блокують серотонінові, ніж дофамінові рецептори)

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ШИЗОФРЕНІЇ

НЕГАТИВНІ СИМПТОМИ

(дефіцитарні)

- визначають нозологічну діагностику шизофренії

Порушення волі та потягів

Емоційні розлади

Формальні порушення мислення

ПОЗИТИВНІ СИМПТОМИ

(продуктивні)

- визначають форму захворювання

Маячні ідеї

Галюцинації

Психічні автоматизми

Маніакальні, депресивні прояви

Рухово-вольові порушення

Симптомокомплекси шизофренії

Позитивні симптоми



Психотичне мислення і поведінка:
галюцинації, навчання, розлади
мислення/безладна мова

Негативні симптоми:

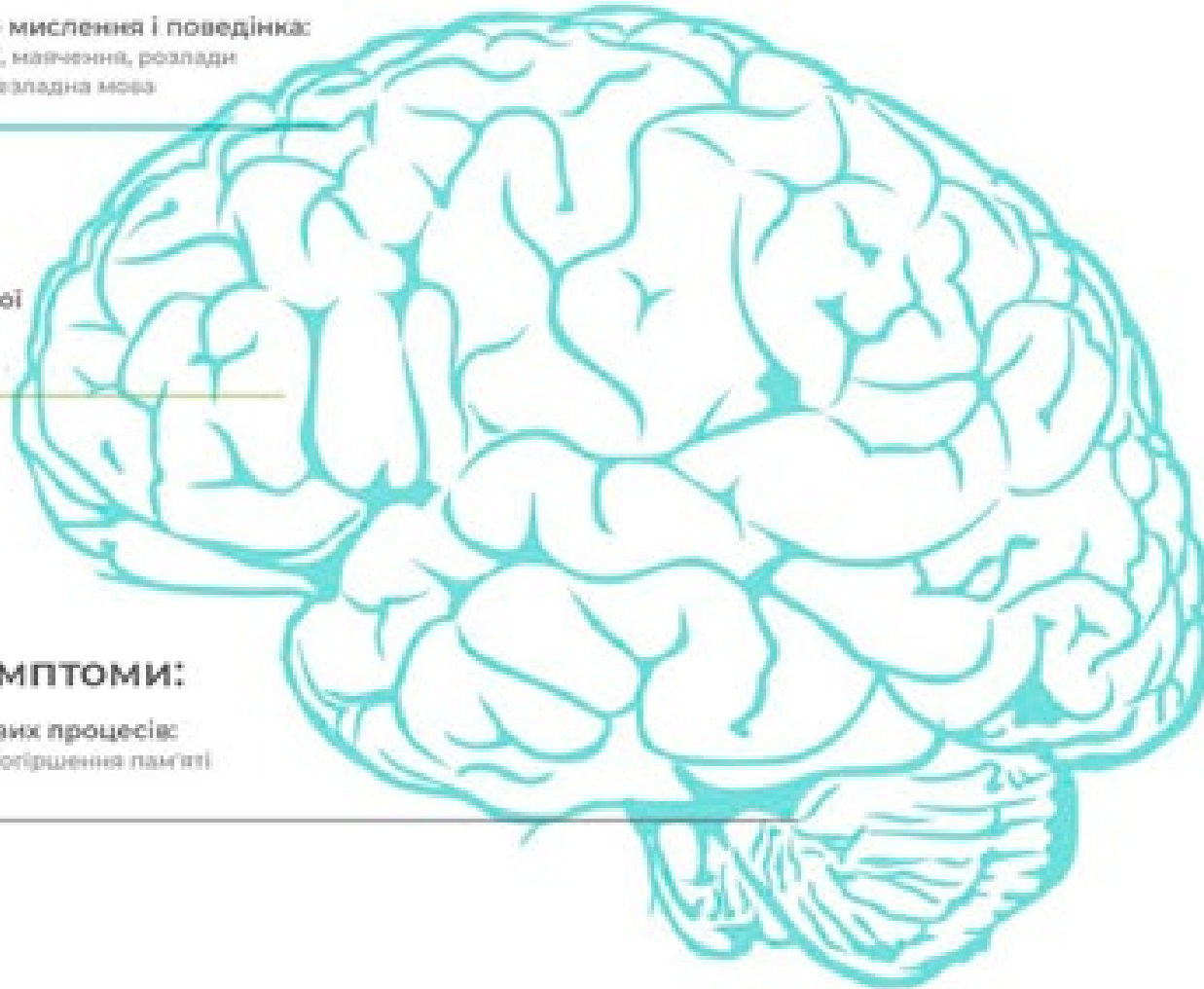


Порушення та/або недостатність емоційної
сфери, поведінкових реакцій:
притуплений афект, абупія, ангедонія, алогія

Когнітивні симптоми:



Порушення розумових процесів:
концентрації уваги, погіршення пам'яті



Симптомокомплекси шизофренії

Клінічна картина захворювання індивідуальна у кожного пацієнта. Але існують основні групи симптомів шизофренії: **позитивні, негативні, афективні та когнітивні**.

Клінічний діагноз шизофренії значною мірою залежить від позитивних симптомів, пов'язаних із тривалим психотичним епізодом.

Позитивні симптоми традиційно визначають як надлишковість нормальних функцій.

- ✓ Маячення – це тверді переконання, які не змінюються навіть за наявності доказів їх помилковості; зустрічаються приблизно у 80% осіб із шизофренією.
- ✓ Галюцинації – омана сприйняття, для якої не потрібні зовнішні подразники. Найчастіше у пацієнтів виникають слухові галюцинації – у 40-80% випадків.

Негативні симптоми – це зниження або відсутність можливості нормального функціонування в цілому, що пов'язано з погіршенням або втратою мотиваційної та емоційної сфери. Негативні симптоми можуть проявлятися незалежно від позитивних симптомів, когнітивних дисфункцій, дезорганізації та депресії.

Негативні симптоми поділяються на первинні (прояви хвороби, базові) та вторинні (наслідок позитивних симптомів, афективного, екстрапірамідного розладу, побічної дії лікарських засобів, тривалої соціальної депривації).

Когнітивні симптоми – це патологічні зміни психічних процесів: сприйняття, мислення, пам'яті, здатності до навчання, адаптивної поведінки.

Когнітивні порушення вважаються одними з найбільш інвалідизуючих аспектів шизофренії та, в багатьох випадках, вони зберігаються у процесі фармакологічного лікування.

Негативні симптоми

– це основний симптомокомплекс розладів шизофренічного спектру.

Він призводить до соціальної дезадаптації, передумовами для формування якої стають порушення мотиваційної, пізнавальної та емоційної сфери.

Незважаючи на те, що пацієнти можуть здаватися засмученими, замкнутими, зануреними в переживання, негативні симптоми шизофренії не рівнозначні симптомам депресії. Навпаки, вони являють собою симптоми, які проявляються незалежно від наявності або відсутності депресивних проявів, позитивних симптомів, когнітивних розладів і дезорганізації поведінки.

Ключові прояви негативних симптомів шизофренії:

- ✓ сплоснений афект,
- ✓ алогія,
- ✓ ангедонія,
- ✓ асоціальність
- ✓ абулія.

Ці стани групуються залежно від провідного типу порушень:

- ❖ симптоми, пов'язані зі зниженням експресії (притуплений афект, алогія);
- ❖ симптоми, зумовлені порушенням мотивації та неможливістю отримувати задоволення (ангедонія, асоціальність, абулія).

Негативні симптоми: визначення

Фактор (група) сплющеного афекту та алогії



Сплющений афект

Притуплення емоцій і зниження експресії; нерухомість, млявість та в'яла експресія; зниження або відсутність зорового контакту, глухий монотонний голос^{1,2,3}



Алогія

Збіднена мова, короткі відповіді; може знадобитися безліч питань для отримання досить докладної інформації^{1,4}

Фактор (група) абулії та асоціальності



Ангедонія⁷

Відсутність задоволення, може бути відсутнім інтерес до занять, від яких пацієнт раніше отримував задоволення¹



Асоціальність

Соціальне відчуження, недбале ставлення до повсякденної діяльності^{1,2}, зниження мотивації до соціальних контактів^{5,6}



Абулія

Відсутність мотивації, визначення мети, здатності до планування діяльності⁴

1. Schulz S. <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>, 2017;
2. National Institute of Mental Health Schizophrenia. 2009;
3. Hales RE. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry 5th ed. 2008;
4. DSM-5, 2013
5. Kirkpatrick B. Schizophr Bull. 2011 Mar; 37(2): 300-305;
6. Kring AM. Am J Psychiatry. 2013; 170(2): 165-172.

Зниження здатності виражати емоції (помітно для оточуючих)



Сплющений афект – це зменшення експресивності вербальної й невербальної комунікації (монотонність мови, невиразність міміки та жестикуляції).

Дослідження голосової експресії виявили, що у пацієнтів із шизофренією, порівняно зі здоровими добровольцями, було порушення тональності, швидкості, гучності, модуляції мовлення. Зміни фіксувалися як під час спонтанного, так і довільного мовлення.

Невербальна поведінка хворих на шизофренію згладжується, стає невиразною, не спрямованою на комунікацію.

Дані прояви ускладнюють процес взаємодії пацієнта з соціумом, оскільки саме експресивна міміка, жести та пози – важлива складова міжособистісного спілкування



Алогія— це бідність мови, зменшення кількості слів, які використовуються під час розмови, порушення спонтанності мовлення.

Алогія виявляється під час клінічної бесіди.

Оцінюється спонтанність мовлення, структура пропозицій.

Для хворих характерними є порушення спонтанності, короткі відповіді, відсутність потреби самостійно розкрити тему розмови.

Метааналіз досліджень виявив, що пацієнти, на відміну від здорових людей, говорять з великими паузами, будують короткі речення, їх мовлення не плавне.

При цьому убогість мови, потреба використовувати велику кількість слів, вживати довгі речення, які не несуть смислового навантаження, до поняття «алогія» не належить.

Знижена мотивація та здатність отримувати задоволення (те, що відчуває пацієнт)

Асоціальність – відсутність потреби в міжособистісних контактах, у спілкуванні.

У хворого не виникає бажання, немає сил, щоб ініціювати або підтримувати комунікацію з оточенням.

Подібний стан варто відрізняти від обмежень соціальної взаємодії, пов'язаних із позитивними симптомами: маячним станом, галюцинаціями.

Пацієнт може відмовитися від спілкування через поганий настрій, побоювання завдати шкоди оточуючим, через появу підозрілості, страхів, характерних для маячного епізоду.

Також хворий може виявитися у вимушеній соціальній ізоляції, і просто не мати можливості спілкуватися з людьми. Це не рівнозначно асоціальності.



Ангедонія, тобто зниження здатності отримувати задоволення, відчувати позитивні емоції, традиційно розглядається як основна характеристика як депресії, так і шизофренії.

Компонент ангедонії можна поділити на дві складові:

- знижена здатність відчувати насолоду під час активності, яка потенційно може принести задоволення, – консуматорна ангедонія. При шизофренії залишається відносно незмінною;
- знижена здатність передбачати отримання задоволення в майбутньому – антиципаційна ангедонія. Притаманна хворим на шизофренію і вважається характерною ознакою негативних симптомів.

Антиципаційна ангедонія призводить до нездатності передбачати винагороду і знижує мотивацію пацієнта до отримання гедоністичного досвіду.

Дослідження засвідчили, що при консуматорній ангедонії пацієнти з шизофренією не відрізняються від здорових добровольців у контрольній групі за здатністю відчувати суб'єктивні реакції на емоційно навантажені подразники. При антиципаційній ангедонії відмінності виражені.

Механізми, які лежать в основі ангедонії, можна пояснити порушеннями мотиваційного компоненту – немає очікування винагороди, позитивного підкріплення, немає прагнення до дії, а також розглянути з точки зору когнітивної дисфункції, коли порушення епізодичної пам'яті ускладнюють запам'ятовування та відтворення гедоністичного досвіду.



Абулія – це нездатність до цілеспрямованої діяльності. Відбувається зниження залученості до роботи, навчання, хобі, домашніх справ. Порушується здатність до самообслуговування.

Немає єдиної думки про ступінь збігу термінів «абулія», «зниження прагнення», «відсутність мотивації» та «апатія», і їх часто вважають взаємозамінними.

Абулія при шизофренії характеризується послабленням інтересу до будь-якої діяльності: хворий не ініціює і не підтримує ділову активність, у нього немає такої потреби. При цьому пацієнт не відчуває дискомфорту, відчуття провини через невиконані зобов'язання.

Зниження активності може бути також вторинним проявом, пов'язаним із пригніченим станом (загальне відчуття суму та провини є характерним для абулії), обумовленим відсутністю можливостей для діяльності.

І, все ж таки, існує думка, що порушення в системі «стимул – винагорода» – ключовий аспект абулії.



Негативні симптоми

Виражені

Виражені симптоми визначаються наступним чином: (1) Початковий результат ≥ 4 не менше ніж за 3 пунктами або ≥ 5 не менше ніж за 2 пунктами субшкали негативної симптоматики PANSS; або (2) Результат > 3 за пунктом 1 і пунктом 6 субшкали негативної симптоматики PANSS та не менше однієї третини пунктів з оцінкою > 3 балів і не більше двох пунктів з оцінкою > 3 бали за субшкалою позитивної симптоматики^{1,2}

Домінуючі

Домінуючі симптоми визначаються наступним чином: (1) Початковий результат ≥ 4 не менше ніж за 3 пунктами або ≥ 5 не менше ніж за 2 із 7 пунктам субшкали негативної симптоматики і результат < 19 за субшкалою позитивної симптоматики PANSS; (2) Результат ≥ 6 за субшкалою негативної симптоматики, порівняно з результатом за субшкалою позитивної симптоматики PANSS; (3) Результат за субшкалою негативної симптоматики PANSS не нижче 21 і не менше ніж на 1 бал вище, ніж результат за субшкалою позитивної симптоматики PANSS та (4) Розумна оцінка: кількість балів за субшкалою негативної симптоматики перевищує кількість балів за субшкалою позитивної симптоматики^{1,2}

Стійкі

Стійкі негативні симптоми (CHC) визначаються як наявність, як мінімум, одного негативного симптому середнього або високого ступеня тяжкості, які не поглиблюються депресією або паркінсонізмом на момент початку лікування та після лікування протягом 1 року³

1. Kirkpatrick, B., Fonton, W. S., Carpenter, W. T. & Marder, S. R. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. Schizophr. Bull. 32, 214-219 (2006).
2. Wallwork, R. S., Fortgang, R., Hashimoto, R., Weinberger, D. R. & Dickinson, D. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. Schizophr. Res. 137, 246-250 (2012).
3. Foussias, G., Agid, O., Forvaha, G. & Remington, G. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. Eur. Neuropsychopharmacol. 24, 693-709 (2014).

«СХІЗИС»

- *«розщеплення», порушення цілісності функціонування окремих сфер психічної діяльності і всієї психіки хворого як цілого*

Розумові процеси -

розірвані, не мають зв'язку між собою

Емоційні процеси -

емоційна суперечливість,
неадекватність,
амбівалентність

Аутизм –

розрив між внутрішнім світом хворого і зовнішнім

Втрата кордонів власного «Я» -

відчуття, що власні психічні процеси нав'язані, «зроблені» кимось ззовні (психічні автоматизми при синдромі Кандинського-Клерамбо)

Вольові процеси –

втрата єдиного вольового стрижня особистості, направляючого діяльність людини, визначаючого її поведінку

Клініка шизофренії

Одним із найважливіших проявів шизофренії є *порушення мислення*, яке виявляється у 84% хворих.

Е. Блейлер характеризував мислення хворих на шизофренію як *аутистичне*, тобто відірване від реальності. Таке мислення є *паралогічним*, у якому є брак логіки і причинної залежності суджень.

Сприйняття хворих на шизофренію неточне й розпливчасте. Активна увага порушена, пасивна – зберігається. Пам'ять не порушується. Характерним і специфічним розладом мисленням при шизофренії є порушення перебігу уявлень та їхнього зв'язку, що відоме за назвою «**шизофренічна розірваність мислення**». Асоціації втрачають зв'язок, мислення набуває дивного і нелогічного значення.

Шизофренічне мислення проявляється: зісковзуванням думки, неологізмами, символікою в мисленні, амбівалентністю мислення, застоєм і затримкою думки (шперунг), напливом думок (ментизм), додатковими уявленнями, резонерством.

У важких випадках мова хворого стає безладною, перетворюючись у набір слів, що не мають не тільки будь-якого внутрішнього зв'язку, але й позбавлені граматичної форми («**мовленева окрошка**», **шизофазія**).

Для кататонічної форми характерні *аутизм і негативізм, вербігерація і ехолалія*.

Для шизофренії характерні *психосенсорні розлади (розлади схеми тіла, порушення сприйняття простору, розлади сприйняття часу*.

Суттєвим явищем у хворих на шизофренію є *галюцинації і псевдогалюцинації та маячні ідеї*. Маячні ідеї зазвичай безглузді, нестійкі й суперечливі, частіше стосунку, впливу, іпохондричне. Часто у змісті маячних ідей проявляється амбівалентність, суперечливість думок, афектів і нахилів хворого. Поведінка хворого рідко відповідає змісту маячних ідей, останні стають уривчастими.

Емоційні розлади є одним із перших порушень при шизофренії.

Характерним є *суперечливість афективних проявів*, коливання емоцій між полюсами надмірної чутливості і байдужості.

Згодом прогресує *афективне притуплення*, що в кінцевій стадії доходить до *афективно-емоційної тупості*. Хворі не цікавляться рідними і близькими, не переймаються життєвими клопотами, стають індиферентними стосовно себе та власного майбутнього.

Спостерігається *емоційна неадекватність* – невідповідність афектів внутрішнім переживанням хворого. Те, що у здорової людини викликає радість, хворого на шизофренію може засмутити і, навпаки. Для шизофренії характерна *емоційна амбівалентність*, яка поєднується з *амбітендентністю*.

Важливим проявом шизофренії є зниження вольових якостей – зниження стимулів до діяльності (*гіпобулія*) чи його втрата (*абулія*). Зниження афективності і волі є основою розвитку шизофренічної недоумкуватості.

Для хворих на шизофренію характерний *аутизм*, коли послаблюються зв'язки з реальністю, обмежується спілкування з іншими людьми, хворі замикаються в собі.

У розвитку аутизму має значення порушення усвідомлення Я, з переживанням чогось страшного і незвичного як у самому собі, так і в середовищі, що оточує.

Деперсоналізація зумовлює суб'єктивне відчуття відчуженості і самотності, що породжує у хворого опозиційну настанову щодо зовнішнього світу, призводить до втрати контакту з людьми.

Е.Блейлер вважав *аутизм* одним із головних і обов'язкових симптомів при шизофренії.

Клінічні форми шизофренії

F20. Шизофренія

- ✓ **F20.00 Параноїдна шизофренія**
- ✓ **F20.10 Гебефренічна шизофренія**
- ✓ **F20.20 Кататонічна шизофренія**
- ✓ **F20.30 Недиференційована шизофренія**
- ✓ **F20.40 Післяшизофренічна депресія**
- ✓ **F20.50 Залишкова шизофренія**
- ✓ **F20.60 Проста шизофренія**
- ✓ **F20.80 Інші види шизофренії**
- ✓ **F20.90 Шизофренія, неуточнена**

F20.0 Параноїдна шизофренія

Параноїдна шизофренія характеризується відносно стабільними, часто параноїдними маячними станами, як правило, супроводжується галюцинаціями, частково слуховими, та порушеннями сприйняття. Емоційні розлади, порушення волі та мовлення, а також кататонічні симптоми майже відсутні або відносно непомітні.

F20.1 Гебефренічна шизофренія

Форма шизофренії, в якій переважають афективні розлади, маячення та галюцинації, короточасні та фрагментовані, безвідповідальна та непередбачувана поведінка, й характерні стереотипні та повторювані моторні рухи. Настрій нестабільний та невідповідний, думки хаотичні, мовлення незв'язне. Присутня схильність до соціальної ізоляції. Як правило, прогноз невтішний через швидкий розвиток негативної симптоматики, а саме зникнення афекту та втрата волі. Гебефренія, зазвичай, характерна для підлітків та осіб молодого віку.

F20.2 Кататонічна шизофренія

Кататонічна шизофренія характеризується явними психомоторними порушеннями, які проявляються різкою зміною крайнощів, як, наприклад, гіперкінез та ступор, або автоматична покора та негативізм. Обмежені ставлення та позиції можуть зберігатися тривалий час. Спалахи нестримного збудження можуть бути чіткою ознакою стану. Кататонічні прояви – кататонічний ступор (каталепсія; кататонія; воскова гнучкість) – можуть поєднуватися зі сноподібним станом (онейроїдним) з яскравими сценічними галюцинаціями.

F20.6 Проста шизофренія

Розлад з прихованим, але прогресуючим розвитком дивної поведінки, нездатності відповідати вимогам суспільства та спадом загальної продуктивності. Характерні негативні риси залишкової шизофренії (наприклад, притуплення емоційної реакції та втрата волі) розвиваються без будь-яких явних психотичних синдромів, які б передували їм.



Гефренічна шизофренія

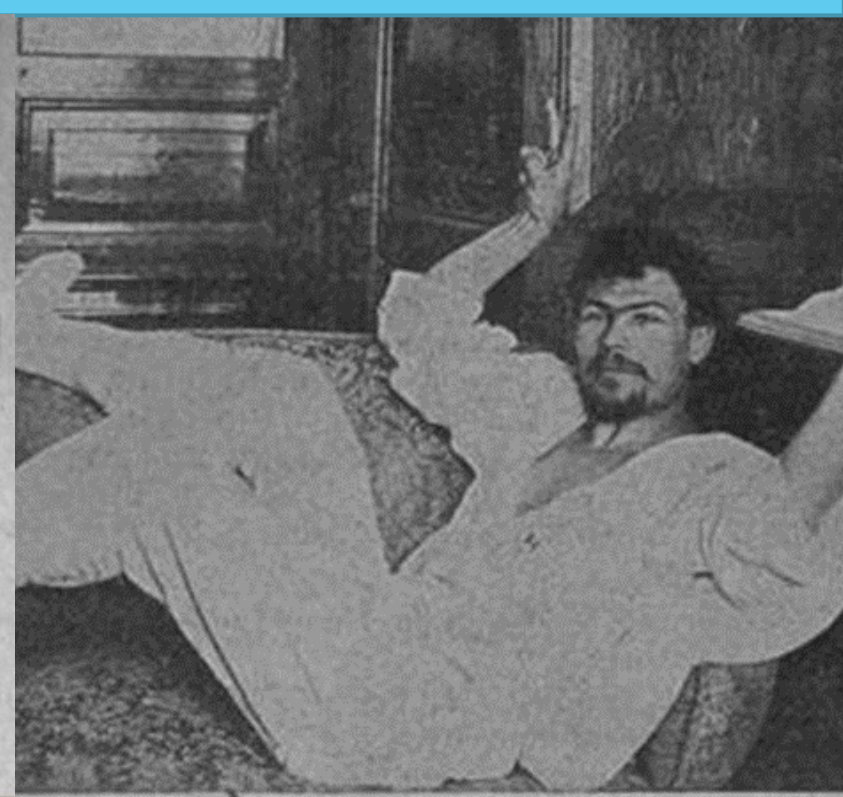
Кататонічна шизофренія (воскова гнучкість)



Параноїдна шизофренія (парафренний синдром)



Кататонічна шизофренія (симптом хоботка)



Діагностичні критерії шизофренії

DSM-5

Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів. Видання п'яте

Критерій А. Наявність двох (або більше) із зазначених нижче симптомів. Кожен із них повинен проявлятися багато разів протягом 1 місяця (при успішному лікуванні термін може бути менше 1 місяця)

Характерні симптоми

(принаймні, один із виявлених симптомів повинен відповідати симптому №1, 2 або 3)

- 1 маячення
- 2 галюцинації
- 3 дезорганізоване
- 4 значно дезорганізована або кататонічна поведінка
- 5 негативна симптоматика (зниження емоційної виразності, вольових спонукань)

Критерій В. Значне зниження рівня функціонування (зменшення працездатності, погіршення міжособистісних стосунків, здатності до самообслуговування), порівняно з періодом до початку захворювання.

Критерій С. Прояви захворювання повинні зберігатися протягом, як мінімум, 6 місяців, причому в цей період повинна відзначатися симптоматика, яка відповідає критерію «А».

Критерій D-F. Необхідно виключити стани, спричинені зловживанням психоактивними речовинами, соматичними захворюваннями, шизоафективний розлад.

ICD-11

Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду

Шизофренія може бути діагностована в тому випадку, якщо симптоми, вказані нижче, зберігаються протягом не менше 1 місяця.

Основні симптоми:

- 1 стійке маячення
- 2 стійкі галюцинації
- 3 розлад мислення
- 4 відчуття впливу або контролю ззовні, інертність
- 5 психомоторні розлади, в тому числі кататонія

Можуть бути додані додаткові відомості (код) для опису маніфесту захворювання (позитивні, негативні, когнітивні, психомоторні, депресивні, маніакальні симптоми).

Симптоми не належать до проявів іншого захворювання (наприклад, не вказують на наявність пухлини головного мозку) та не обумовлені дією будь-яких речовин на центральну нервову систему (прийом кортикостероїдів), або відмовою від їх прийому (алкогольний абстинентний синдром).

Диференційний діагноз: якщо не шизофренія, то що?

Диференційні діагнози	Обґрунтування діагностики захворювання, відмінного від шизофренії (МКБ-11)
Шизоафективний розлад (6A21)	Виражений компонент настрою; вимоги до діагностики шизофренії та маніакального, змішаного або помірною чи важкого депресивного епізоду дотримані в рамках одного і того ж епізоду хвороби
Шизотиповий розлад (6A22)	Стійка (≥ 2 років) картина захворювання, яка супроводжується незвичними переконаннями та/або перцептивними спотвореннями, які не поглиблюються до рівня маячення або галюцинацій
Гострий та минулий психотичний розлад (6A23)	Гострий початок психотичних симптомів, які виникають без продромального періоду і досягають максимального ступеня тяжкості протягом 2 тижнів, але не більше, ніж протягом 3 місяців. Найчастіше симптоми проявляються протягом від декількох днів до 1 місяця
Маячний розлад (6A24)	Тільки маячення, без інших симптомів шизофренії (наприклад, стійкі слухові галюцинації, порушення мислення, негативні симптоми); зберігається протягом періоду не менше 3 місяців.
Шизофреноформний розлад (МКХ-10, F23.2)*	Загальна тривалість розладу становить менше 1 місяця
Шизоїдний розлад особистості (МКХ-10, F60.1)*	Стійка клінічна картина, яка проявляється зниженням цікавості до соціальних стосунків або близькості; збігається з негативними симптомами шизофренії, але розлад не супроводжується психозом
Зловживання психоактивними речовинами або психоз, спричинений вживанням психоактивних речовин (6C)	Зловживання психоактивними речовинами або психоз, спричинений вживанням психоактивних речовин (6C) Симптоми вказують на інтоксикацію або гострий абстинентний синдром. Перебувають у тісній часовій залежності з вживанням або скасуванням психоактивної речовини
Біполярний маніакальний синдром із психотичними симптомами (6A60)	Виражений компонент – зміни настрою; психоз виникає лише за наявності епізодів манії та депресії й не ускладнюється до рівня шизофренії

Диференційний діагноз (продовження)

Диференційні діагнози	Обґрунтування діагностики захворювання, відмінного від шизофренії (МКБ-11)
Біполярна депресія (6A60) або великий депресивний розлад (із психотичними або кататонічними особливостями) (6A70)	Виражений компонент настрою; психоз виникає лише за наявності епізодів манії та депресії й не ускладнюється до рівня шизофренії.
Посттравматичний стресовий розлад, дисморфофобія, obsесивно-компульсивний розлад	Рідко: супроводжується також психотичними симптомами
Неврологічні розлади: пухлини ЦНС, скронева епілепсія, травма лобного або лімбічного відділу, серцево-судинні захворювання, хвороба Хантінгтона, метакроматична лейкоцистозія, гідроцефалія. Синдром Верніке-Корсакова, хвороба Вільсона, хвороба Крейтцфельдта-Якоба	Симптоми обумовлені іншими захворюваннями
Інфекції: СНІД, сифіліс, герпетичний енцефаліт	Симптоми обумовлені іншими захворюваннями
Порушення з боку ендокринної системи	Симптоми обумовлені іншими захворюваннями
Метаболічні порушення (гостра переміжна порфірія, дефіцит вітаміну В ₁₂ , отруєння чадним газом, гомоцистинурия, отруєння важкими металами)	Симптоми обумовлені іншими захворюваннями
Хвороба Фабрі, синдром Фара, хвороба Галлервордена-Шпатца, системний червоний вовчак, анти-NMDA-рецепторний енцефаліт	Симптоми обумовлені іншими захворюваннями

Дякую за Ваш час та увагу!