

## **ЧТО ТАКОЕ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ?**

**Тененчук Наталия Дмитриевна**

студент, Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

**Бородулина Анастасия Алексеевна**

студент, Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Дезорганизация - симптом шизофрении. В прошлом врачи считали «дезорганизованную шизофрению» одним из подтипов заболевания, но теперь это не так. Как симптом шизофрении «дезорганизация» относится к бессвязным и нелогичным мыслям и поведению. Хотя эта проблема когда-то определяла подтип шизофрении, специалисты в области психического здоровья больше не используют какие-либо подтипы при диагностике или классификации состояния. Это потому, что качества, определяющие эти подтипы, нестабильны. В результате, подтипы не являются надежными или полезными, например, при постановке диагноза. [5]

Ниже приведены основные типы симптомов шизофрении. Мы приводим примеры и подробности: заблуждения, галлюцинации, неорганизованная речь и мысли, дезорганизованное или кататоническое поведение, негативные симптомы, такие как неспособность проявлять эмоции или выполнять рутинные задачи. Человек с заблуждениями верит в то, что не соответствует действительности, например, что кто-то преследует его или что у него необычные способности или дары. Некоторые больные шизофренией прячутся, чтобы защитить себя от воображаемого преследователя. Человек, страдающий галлюцинациями, видит, чувствует, пробует на вкус или нюхает вещи, которых нет. Например, человек может слышать голоса, которые кажутся реальными, хотя на самом деле это не так. «Неорганизованная речь и мысли» означает неспособность формировать связные или логические мысли, что приводит к неорганизованной речи. Во время разговора человек с этим симптомом может перескакивать с одной темы на другую. Когда проблема серьезна, речь человека может быть искажена, и никто не сможет ее понять. Неорганизованное или кататоническое поведение может варьироваться от детского и глупого до агрессивного и жестокого. [2]

Симптомы этого типа также могут включать чрезмерные движения, необычные действия, застывание на месте или нереагирование на инструкции или общение. Также может иметь место неспровоцированное возбуждение или сексуальное поведение на публике. Человек, имеющий «негативные симптомы» шизофрении, может быть не в состоянии выполнять рутинные задачи, такие как соблюдение личной гигиены. Они могут отстраняться от других и быть неспособными проявлять эмоции, и это может включать избегание зрительного контакта или монотонную речь. [1]

Эксперты не уверены, что вызывает шизофрению. Исследования показывают, что проблема заключается в функции мозга и что генетические факторы и факторы окружающей среды могут играть определенную роль. Следующие факторы увеличивают риск развития шизофрении: генетика; химия и структура мозга; возраст их родителей, когда человек родился; вирусная инфекция в утробе матери; материнское недоедание; сильный стресс в молодом возрасте. [4]

Генетические факторы могут вносить значительный вклад в развитие шизофрении, и эксперты все еще исследуют эту связь. Кроме того, дисбаланс нейротрансмиттеров дофамина, глутамата и серотонина может повлиять на то, как мозг человека с шизофренией реагирует на образы, звуки и другие раздражители. Это может объяснить, почему громкий шум и яркий свет могут так беспокоить людей с этим заболеванием, а также могут лежать в основе галлюцинаций. Проблемы со связями в мозгу также могут сыграть свою роль.

Между тем, ряд факторов, связанных с беременностью, может увеличить вероятность заболевания шизофренией. Одним из таких факторов является возраст: согласно некоторым исследованиям, первый ребенок, рожденный от более молодых или более взрослых родителей, может иметь более высокий риск развития шизофрении, чем человек, рожденный от родителей в возрасте 25-29 лет. Кроме того, если во время беременности возникает вирусная инфекция, она может перейти к плоду и повысить риск шизофрении. Кроме того, согласно некоторым исследованиям, недоедание матери во время беременности может увеличить риск шизофрении. [6]

Опыт, полученный человеком в раннем возрасте, также может способствовать риску развития шизофрении. Исследования показывают, что люди с генетической предрасположенностью могут с большей вероятностью заболеть этим заболеванием, если они испытывают сильный стресс в детстве, например, из-за жестокого обращения или травмы.

Кроме того, употребление рекреационных наркотиков в подростковом возрасте может увеличить риск развития шизофрении. Рекреационные наркотики распространены среди людей с этим заболеванием, хотя до сих пор неясно, является ли их употребление причиной или следствием состояния. [5]

Если человек обращается к врачу по поводу симптомов шизофрении, врач спросит о: симптомы и когда они начались; личные и семейные истории болезни; факторы образа жизни и недавние события. провести тесты, чтобы исключить другие причины симптомов, такие как употребление психоактивных веществ или травма мозга. Тесты могут включать: физический осмотр, анализы крови, сканирование мозга

Если врач считает, что у человека может быть шизофрения, он может провести психологическое обследование или направить человека к специалисту в области психического здоровья. Для постановки диагноза шизофрения человек должен испытывать как минимум два из следующих пяти ключевых симптомов. По крайней мере, один симптом должен быть среди первых трех перечисленных: заблуждения, галлюцинации, неорганизованная речь, неорганизованное поведение, негативные симптомы.

Кроме того, симптомы должны были нарушить работу человека, межличностные отношения или заботу о себе. Они также должны длиться не менее 6 месяцев. Если у человека наблюдаются симптомы в течение 1 месяца или менее, врач может поставить диагноз кратковременного психотического расстройства. Если симптомы продолжаются 1-6 месяцев, диагноз - шизофреноформ. [3]

Больным шизофренией может потребоваться срочная помощь, когда у них впервые появятся симптомы. Затем им требуется постоянное лечение, чтобы симптомы не вернулись. План лечения обычно включает в себя лекарства, психотерапию и другие формы личной поддержки.

Врач пропишет антипсихотические препараты, чтобы отрегулировать баланс химических веществ в головном мозге и предотвратить повторение симптомов. Психотерапия может помочь людям: определять и корректировать свои чувства и образ мышления; управлять своими симптомами. Социальная и профессиональная подготовка может помочь человеку жить самостоятельно.

Когда симптомы серьезны, человеку может потребоваться провести время в больнице. Цель состоит в том, чтобы уменьшить симптомы и обеспечить безопасную, спокойную среду, необходимое питание и помощь в соблюдении гигиены.

Люди с шизофренией могут испытывать: проблемы с самообслуживанием, ведущие к низкому питанию и плохой гигиене; злоупотребление алкоголем или наркотиками; проблемы работы и учебы; беспокойство; депрессия; паника; обсессивно-компульсивное расстройство; жилищные и финансовые вопросы; проблемы в отношениях; причинять себе вред; суицидальные мысли и поведение [1]

Лечение и поддержка со стороны семьи и друзей, поставщиков медицинских услуг и общества могут помочь снизить риск этих проблем.

### **Список литературы:**

1. Лаврецкий Г. История шизофрении как психического расстройства. В: Mueser KT, Jeste DV, ред. Клинический справочник шизофрении. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Guilford Press; 2008. С. 3-12.
2. Кризмон Л., Арго Т.Р., Бакли П.Ф. Шизофрения. В: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al., Редакторы. 1 Фармакотерапия: патофизиологический подход. 9 изд. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Макгроу-Хилл; 2014. С. 1019-1046.
3. Бек А.Т., ректор Н.А., Столар Н., Грант П. Шизофрения: когнитивная теория, исследования и терапия. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Guilford Press; 2009. Биологические вклады; С. 30-61.
4. Schwartz JH, Javitch JA. Нейротрансмиттеры. В: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, et al., Редакторы. Принципы неврологии. 5-е изд. Нью-Йорк, Нью-Йорк: Макгроу-Хилл; 2013. С. 289-305.
5. Шталь С.М. Психоз и шизофрения. В: Шталь С.М., редактор. Основная психофармакология: нейробиологические основы и практическое применение. 2-е изд. Кембридж, Соединенное Королевство: Издательство Кембриджского университета; 2000. С. 365-399.
6. Jentsch JD, Roth RH. Нейропсихофармакология фенциклидина: от гипофункции рецептора NMDA к допаминовой гипотезе шизофрении. Нейропсихофармакология. 1999; 20 (3): 201-225.