

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Шизофрения

Выполнил: ординатор 2 года обучения Зотова Ольга Александровна

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Зотовой О.А. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Шизофрения" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Оглавление

Понятие шизофрении. Основные положения.....	стр4
История шизофрении.....	стр5
Диагностика.....	стр17
Психологические особенности больного шизофренией.....	стр20
Лечение.....	стр28
Список литературы.....	стр30

Понятие шизофрении. Основные положения

Шизофренией или схизофренией (от греч. schizo – расщепление, phren – душа) обозначают группу сходных психических расстройств неясного происхождения (этиологии), в развитии которых, вероятно, имеются общие внутренне обусловленные (эндогенные) патогенетические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющейся до определенного периода жизни. Без лечения характерно непрерывно прогрессирующее или приступообразное течение, обычно завершающееся однотипной картиной изменения личности (дефекта) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций, психомоторики – всего поведения в целом) при сохранности памяти и приобретенных ранее знаний.

Распространенность шизофрении – 1% населения. Возрастной максимум заболеваемости составляет для мужчин 15–25 лет, для женщин – 25–35 лет. Больше число больных шизофренией среди низких социально-экономических слоев. Существует также корреляция с плотностью населения (в городах с населением больше миллиона жителей вероятность заболевания больше). Существует гипотеза о существовании «шизофреногенных» культур, к каким относят, например, японскую культуру. Также есть данные о том, что после выздоровления больной, живущий в сельской местности, проживет дольше, чем выздоровевший больной в городе, и с меньшей вероятностью рецидивов.

По ряду признаков, связанных с течением заболевания, можно дать более или менее позитивный прогноз о дальнейших перспективах развития у конкретного больного. О негативном прогнозе свидетельствуют раннее начало, неострый дебют заболевания, аутизм больного, отсутствие непосредственных стрессоров, негативные симптомы, низкая социальная адаптация. О позитивном прогнозе свидетельствуют наличие депрессии или мании, позднее начало, острый дебют, наличие непосредственных стрессоров, позитивные симптомы, наличие близких социальных связей.

Данное психическое расстройство в качестве единого заболевания было выделено в конце XIX века известным немецким психиатром Эмилем Крепелином (E. Kraepelin) под названием «раннее слабоумие» (лат. dementia praecox), то есть развивающееся еще в юности или молодые годы. До этого разные формы шизофрении считались самостоятельными психическими болезнями. А в 1911 г. швейцарский психиатр Эуген Блэйлер (E. Bleuler) обозначил эту болезнь неологизмом «schizophrenia».

История шизофрении

Большой клинический полиморфизм шизофрении в ее современном объеме имеет свои исторические корни. Основные клинические варианты этой болезни были выделены еще в донозологический период развития психиатрии. Основные формы, которые в конце XIX века послужили «материалом» для крепелиновского синтеза, были далеко не однородными, каждая из них имела свою историю, различную клиническую и психологическую оценку на разных этапах развития психиатрии и в разных национальных школах.

Термин «психоз» впервые был применен в 1845 г. бароном Эрнстом фон Фейхтерслебеном, деканом медицинского факультета Венского университета, в его «Учебнике медицинской психологии» для обозначения проявлений психической болезни. В то время как термин «невроз» обозначал поражения центральной нервной системы. Нужно было дождаться работ Жана Мартена Шарко и Зигмунда Фрейда и перехода к XX веку, чтобы смысл термина «невроз» (введен шотландским врачом Уильямом Кулленом в 1776 г.) изменился полностью и стал означать наоборот психопатологические состояния без органического поражения нервной системы.

Первые шаги в описании будущей нозологической единицы касались ее «ядерной» (в последующем понимании) юношеской неблагоприятно текущей формы. Отдельные описания подобных больных можно встретить у

Гейнрота, Пинеля, Моро де Тура, Эскироля, Гтслена, П. Малиновского, П. Бутковского. Речь шла о случаях неожиданного «угасания» умственных способностей у молодых людей, прежде вполне полноценных или даже одаренных, развития слабоумия или помешательства.

Длительный период XIX века характеризуется господством в психиатрии двух концепций – *концепции единого психоза* (Zeller, Neumann, Griesinger) в объяснении особенностей изменчивости картины течения болезни и *концепции дегенерации* (Morel, Magnan) в объяснении этиологии и особенностей психопатологии значительной группы психических заболеваний, включавших современную шизофрению, ее непрерывно текущие и приступообразные формы.

На протяжении XIX века перед психиатрами стоял основополагающий вопрос: существует ли единый психоз, или можно различать разные виды психозов. Немецкий психиатр Вильгельм Гризингер внедрил и развил идеи известных германских психиатров Генриха Неймана и Эрнста Альберта Целлера, которая позже получила наименование «концепции единого психоза». Данная концепция в общем виде отвергала наличие самостоятельных психических болезней (нозологических единиц). Психические расстройства, вызываемые различными причинами, проходят две основные стадии, отражающие первичное и вторичное поражение. Согласно взглядам В. Гризингера, психоз – это процесс, когда на первой стадии нет мозговых изменений, они еще обратимы, в то время, как на второй стадии имеются мозговые изменения, которые не могут быть излечены. Клиническим выражением этой концепции была классификация В. Гризингера (1845), где соответственно выделялись меланхолия (состояние психической подавленности), мания (состояние возбуждения) и состояние психической слабости, включающие бредовые состояния, спутанность и идиотизм. С этого времени эта классическая триада стадий (меланхолия, мания, слабоумие) повторялась во многих работах психиатров того времени. Несмотря на антинозологический характер концепции единого психоза,

следует отметить и прогрессивные стороны такого подхода. Прежде всего это касается утверждения о наличии общих закономерностей текущего психического заболевания, т.е. наличия определенной последовательности нарушения психики. Во-вторых, такой подход был шагом вперед по сравнению с симптомологическими классификационными попытками, основанными на чисто психологическом принципе.

Попытка нозологического понимания описываемой группе принадлежит французскому психиатру Бенедикту Огюстену Морелю (В.А. Morel), с именем которого связано как выделение, так и первая попытка этиологического и патогенетического анализа группы слабоумливающих психозов юношеского возраста, отличных от идиотизма и вторичной деменции. Морель указывает на большую частоту подобных наблюдений и *вводит в употребление термин «раннее слабоумие»* (фр. *démence précoce*) в своем «Трактате о психических заболеваниях», 1860 г. Однако Морель не останавливается на выделении той или иной формы болезни. Его интересовала систематика психических заболеваний, общая концепция, которая могла бы объяснить все многообразие психических аномалий. Морель создал первую этиологическую классификацию психических заболеваний, включающую в себя 6 групп. В первой группе (наследственные психозы) описывается выделенное им раннее слабоумие. Единой концепцией, которая должна была, по его мнению, связать все описанные им группы, была *концепция вырождения*. В своем известном «Трактате о физических, умственных и духовных дегенерациях человеческого рода», 1859 г. Он описывает прогрессирующие психические изменения, усиливающиеся от поколения к поколению, от аномалий характера до слабоумия. Раннее слабоумие относится им к четвертому (заключительному) этапу вырождения. Последователь идей Мореля также французский психиатр Жак Жозеф Валентен Маньян считал, что психозы делятся на две основные группы: простые (случайные) и сложные (дегенеративные), развивающиеся у лиц с наследственным или приобретенным расположением. У дегенерантов

психические расстройства отличаются сложной и неправильной формой. Концепция вырождения в настоящее время представляет лишь исторический интерес как одна из первых попыток эволюционно-биологического подхода к пониманию психических болезней, однако она господствовала в умах психиатров до конца XIX века и наложила отпечаток на воззрения не только французских, но и немецких, итальянских и русских исследователей.

Идеи Мореля были восприняты и целым рядом крупных немецких психиатров [Griesinger W., 1872; Krafft-Ebing R., 1869]. Подверглась пересмотру и концепция единого психоза. Прежде всего была показана возможность развития первичного бреда без предварительных стадий меланхолии и мании. Так возникло учение о первичном бреде и паранойе, *учение о бреде с хронической эволюцией Magnan (1891)*.

Внимание Маньяна и его современников во Франции и Германии было приковано к другой проблеме – *первичным бредовым психозам*. Именно с этого времени начинается интенсивная клиническая разработка и попытки систематизации будущих параноидных форм. Выделение бредовых психозов в особый класс связано с именем великого французского психиатра Жана Этьена Доминика Эскироля (Esquirol), описавшего их в группе «интеллектуальных мономаний». Последующее развитие концепции бредовых психозов привело к выделению особой формы бредового психоза, отличающегося хронической эволюцией. Выделение и описание этого типа бреда было сделано в 1852 г. французским невропатологом и психиатром Эрнст-Шарлем Ласегом (Lasègue) – персекуторный бред (бред преследования). В дальнейшем концепция бредового психоза была развита Legrand du Saulle, Falret, Magnan и другими. Главным отличием этой формы является доминирование в клинической картине бреда, претерпевающего определенное развитие во времени.

Дальнейший прогресс в области изучения злокачественных форм происходил под влиянием работ немецких психиатров Кальбаума и Геккера. С их именем связано выделение кататонии и гебефрениии.

Карл Людвиг Кальбаум защитил в 1863 г. диссертацию на тему «Классификация душевных болезней». В своей классификации он предложил различать особый класс психозов, связанных с определенной фазой физиологического развития и обозначить их как «парафрения». «Dementia praecox» здесь естественным образом находит свое место как пубертатная парафрения, а сенильная (старческая) деменция – как сенильная парафрения, сохраняя таким образом возраст проявления деменции, который является одним из существенным моментов описания Morel, в качестве важного различительного критерия этих нозологических единиц. В дальнейшем, в ходе истории Крепелин, а затем Фрейд придадут или скорее попытаются придать термину «парафрения» совсем другой смысл, что успеха иметь не будет, но заставит забыть первоначальный и основной смысл.

Ученик Кальбаума Эдвард Геккер опубликовал в 1871 г. монографию, где он сделал клиническое описание «гебефренической парафрении». Он дает в качестве основных характеристик этой новой нозологической единицы «ее возникновение в период наступления половой зрелости... ее быстрый исход в состояние психической слабости и особую форму конечной тупости, признаки которой можно было распознать на первых стадиях заболевания». Таким образом, на первый взгляд ничего не изменилось в сравнении с первым описанием Morel в том, что касается возраста проявления и конечного состояния. Этимология неологизма, придуманного для обозначения этого заболевания, хорошо подчеркивает важность, придаваемую первому пункту, потому что Геба – это богиня юности.

Для E. Necker эта болезнь есть болезнь молодости, она возникает «между 18 и 23 годами, в период, когда обновление и психологическая перестройка «Я» (W. Griesinger), которые совершаются в пубертатный период, едва лишь завершаются в нормальных условиях». Новизна заключается в том, что умственное ослабление, которым завершается течение болезни, выражается в симптомах-предшественниках, которые можно наблюдать, начиная с первых стадий болезни и прежде всего в самой природе

этих симптомов: аномалии синтаксической конструкции, меняющейся несколько раз во время составления длинных фраз, однако без прерывания нити мысли; неспособности сформулировать эту мысль в сжатой форме... Больной обнаруживает тенденцию оставаться фиксированным на одной теме и, выражаясь словами Гамлета, «преследовать до смерти» некоторые обороты и формулировки. Наконец, «выраженная склонность к отклонению от нормальных устных и письменных форм, к изменению манеры говорить и к употреблению в речи и письме непонятного жаргона». По описаниям Геккер, гебефрения отличается быстрым исходом в слабоумие.

В 1874 г. Кальбаум опубликовал в свою очередь монографию, посвященную другому заболеванию, проявляющемуся *кататонией*. Эта «деменция напряжения» характеризуется расстройствами произвольной двигательной активности. Кальбаум обращал внимание на особые мышечные расстройства, раньше не привлекавшие внимание исследователей. Картину болезни, в течение которой вслед за манией или меланхолией развивается восковая гибкость или негативизм при наличии напряженной мускулатуры или стереотипии движений и позы, он предложил назвать психозом напряжения или кататонической везанией. Кальбаум подробно описал классические кататонические симптомы: негативизм, мутизм, вербигерацию, восковую гибкость, окоченение, стереотипию, каталепсию, вычурность движений, гримасничанье и др.

В четвертом издании своего Руководства по психиатрии (1893) Эмиль Крепелин выделяет группы процессов психического распада – кататонию, гебефрению, параноидное слабоумие. В пятом издании (1896) он уже полностью формулирует свою концепцию и очерчивает более широкие границы выделенного им раннего слабоумия. Раннее слабоумие (*dementia praecox*) Е. Kraepelin первоначально определял как ослабоумливающий болезненный процесс и свойственные этому заболеванию непрерывное течение и неблагоприятный исход положил в основу его отграничения от маниакально-депрессивного психоза, для которого характерными считал

фазное течение и благоприятный исход. В последующем, однако, среди случаев заболевания с непрерывным течением он стал выделять вариант, характеризующийся не столько злокачественным ослабумливающим процессом, сколько прогрессивностью. Это касалось в первую очередь приступообразных форм течения, к которым Е. Краепелин относил циркулярную, депрессивно-параноидную, ажитированную периодическую формы, а также заболевания с систематизированным бредом, описанные им в группе парафрений. Позднее Е. Краепелин в восьмом издании руководства (1913) существенным образом изменил взгляды и в отношении других клинических особенностей раннего слабоумия. Это касалось в первую очередь раннего начала болезни, которое определило название заболевания. Наряду с ранним началом и характерными для него кататоническими и гебефреническими картинами он стал предполагать развитие бредовых психозов в более поздних возрастных периодах. Им была высказана мысль, что бредовые формы должны быть подразделены на более тяжелые – с несистематизированным бредом и кататоническими расстройствами, заканчивающиеся слабоумием, и более легкие, занимающие промежуточное место между тяжелыми формами и парафренией.

Наряду с бесспорной заслугой Е. Краепелин в создании нозологической концепции последняя имела слабые стороны, к которым следует отнести ее статический характер и синдромальный принцип, положенный в основу систематики форм заболевания. Поэтому концепция Е. Краепелин, несмотря на широкое распространение, особенно в немецкой психиатрии, вызвала широкую дискуссию. Например, А. Ноше (1912) полагал, что Е. Краепелин неоправданно расширил рамки раннего слабоумия. Считая его концепцию ошибочной, высказал мнение, что к раннему слабоумию может быть отнесена лишь небольшая группа заболеваний с ранним началом, приводящих к тяжелым исходам. Аналогичной точки зрения придерживался его ученик О. Вумке (1924), считавший, что к болезни, выделенной Е. Краепелин, могут быть отнесены только действительно злокачественно

текущие заболевания, составляющие как бы ядро (ядерные формы), вокруг которого концентрируются сходные по клинической картине болезни, представляющие собой симптомокомплексы экзогенного происхождения.

Дальнейшее развитие учения о шизофрении связано с именем Эугена Блэйлера (1911), который дал это название болезни (шизофрения, болезнь Блэйлера). Если Е. Краепелин в основу раннего слабоумия положил принципы течения и исхода, то Е. Bleuler считал основным диагностическим критерием шизофрении возникновение первичного, «основного» расстройства – нарушения мышления. Вторичными феноменами он считал бред, галлюцинации и т.п. Изучая психопатологию шизофрении, Е. Bleuler описал такие расстройства, как аутизм, амбивалентность, своеобразие аффективных нарушений. Е. Bleuler сдержанно относился к выделению форм течения шизофрении.

В дальнейшем представления о шизофрении продолжали изменяться: стали говорить не столько о слабоумии, сколько о психическом дефекте, не столько об ослабляющем процессе, сколько о прогрессивности его течения, шизофрению стали представлять как болезненный процесс, проявляющийся как злокачественными, так и достаточно благоприятными, мягкими формами.

J. Berze (1910), E. Stransky (1914), H. Gruhle (1922) сконцентрировали усилия на исследовании характерного для шизофрении расстройства. В связи с этим появились понятия «интрапсихическая атаксия» и «гипотония сознания».

В дальнейшем К. Schneider (1925) ввел понятие специфичных для шизофрении симптомов первого ранга, к которым относил явления психического автоматизма и дефицитарные расстройства, К. Conrad (1959) писал о «редукции энергетического потенциала», W. Janzarik (1957) о «динамическом опустошении», G. Huber (1964) – о «чистом астеническом дефекте».

Французскими исследователями нозологическая концепция Е. Краепелин была воспринята в целом отрицательно. Попытки некоторых французских психиатров относить острые и бредовые психозы к раннему слабоумию не нашли поддержки. Е. Dupre (1910), Р. Chaslin (1912) продолжали настаивать на необходимости сохранения самостоятельности хронических галлюцинаторно-параноидных психозов. Вместе с этим появилась тенденция относить к раннему слабоумию в понимании В. Morel (как дегенеративного процесса) кататонно-гебефренические состояния и бредовую шизофрению. В последующем Н. Claude (1923, 1925), касаясь раннего слабоумия, подчеркивал, что к нему следует относить только случаи первичной психической недостаточности юношеского возраста, проявляющейся прогрессирующим ослаблением интеллектуальных способностей (следует заметить, что Н. Claude считал раннее слабоумие органическим заболеванием головного мозга инфекционного происхождения). Последующая классификация А. Еу (1954, 1959) отличалась тем, что в основу ее был положен не только принцип преобладания в картине состояния того или иного синдрома, но и принцип течения. Автор выделил тяжелые, среднетяжелые формы бредовых психозов, отграниченные от систематизированных бредовых, острых, циклоидных и шизоаффективных форм.

Для развития представлений о шизофрении большое значение имели работы школы К. Kleist (1913, 1919, 1942, 1953) и К. Leonhard (1936, 1957, 1960). В их работах шизофрения подразделялась на группу прогрессивных системных форм («систематическая шизофрения») и группу периодических и фазных психозов, к которым они относили циклоидные психозы и «несистематическую шизофрению». К последней форме, имеющей приступообразно-прогрессивное течение, К. Leonhard отнес периодическую кататонию и аффективно насыщенную парафрению. Он настаивал на четкости границ описанных форм, однако клинически это далеко не всегда выглядело убедительно. Отсутствие жестких границ между

злокачественными формами и приступообразным течением с благоприятным прогнозом позволило W. Janzarik (1957, 1968) говорить о трудностях нозологического разграничения эндогенных психозов. K. Conrad (1959) отстаивал точку зрения о возможности типологического, но не нозологического подразделения эндогенных психозов.

Нельзя не отметить и тенденции исключения из современной классификации шизофрении периодически протекающих форм [Bleuler M., 1962; Weitbrecht J., 1963].

Независимо от принадлежности психиатров к той или иной национальной школе, в психиатрии постоянно прослеживается отчетливое стремление отграничивать истинную шизофрению (близкую «раннему слабоумию», по E. Kraepelin) от «псевдошизофрении», когда речь идет о сходной с шизофренией клинической картине, имеющей иной генез.

Некоторые направления и исследования шизофрении находятся как бы в стороне от клинического понимания этого заболевания. Речь идет о попытке чисто психологической ее трактовки. Так, K. Conrad (1959) рассматривает шизофрению с позиций гештальтпсихологии, N. Petrilowitsch (1996) – с точки зрения структурной психологии. Были сделаны также попытки понять существо заболевания с позиций психоаналитических и психодинамических концепций, а также с точки зрения философии экзистенциализма. Например, L. Binswanger (1963) считал шизофрению особым видом человеческого существования (экзистенции). Близкая этой позиции антропологическая психиатрия ставит своей целью исследование роли шизофренического психоза в преобразовании личности пациента и ее изменений, в процессе взаимоотношений с окружающим миром. Перечисленные направления не могут быть оценены однозначно, ибо одни из них должны быть противопоставлены клиническим подходам к шизофрении, другие же почти смыкаются с некоторыми классическими клиническими исследованиями, отражая нетрадиционные взгляды на ее проявления.

Отдельного рассмотрения заслуживает американская психиатрия, развитие которой шло относительно независимо от европейской. Американская психиатрия до 30-х годов XX в. не отличалась оригинальностью подходов к проблеме шизофрении.

После этого в США стали особенно распространяться психоаналитические и психодинамические концепции, согласно которым шизофрения рассматривалась как «реакция личности» (кататоническая, простая, шизоаффективная, псевдоневротическая). Начиная с 70-х годов увлечение психоанализом и психодинамическими концепциями в американской психиатрии пошло на спад, уступив место нейробиологическим концепциям.

В последние десятилетия диапазон диагностических подходов к шизофрении в различных странах остается достаточно широким. В Германии благодаря работам К. Conrad (1958, 1959); J. Glatzel (1968); Н. Helmchen (1988) границы шизофрении очерчены достаточно четко. В Великобритании же критерии шизофрении неопределенны, хотя в последнем обобщающем труде, подводящем итоги биологического и клинического изучения шизофрении, S. Frangon и R Murray (1996) достаточно четко представляют круг расстройств, типичных, по их мнению, для этого заболевания. Для ряда психиатрических школ Франции характерна тенденция к расширению диагностики этого заболевания [Pichot P., 1992]. Широко диагностируется шизофрения и в США. Об этом свидетельствует и последняя классификация психических расстройств, принятая Американской психиатрической ассоциацией, – DSM-IV. В группу шизофрении включены параноидная, кататоническая, резидуальная формы, а также шизофрения с дезорганизацией речи, поведения и неадекватным аффектом. Простая форма и различные варианты малопрогрессирующей шизофрении исключены из группы шизофренических расстройств и отнесены к «расстройствам личности».

В отечественной психиатрии нозологический принцип был сразу принят большинством психиатров [Сербский В.П., 1902; Суханов С.А., 1905;

Бернштейн А.Н., 1912]. Аналогично позиции О. Bumke выделялась ядерная («истинная») шизофрения, которая отграничивалась от симптоматической шизофрении [Останков П.А., 1928; Каннабих Ю.В., 1933]. Изучались также доброкачественные формы, или так называемая мягкая шизофрения [Каменева Е.Н., 1933; Розенштейн Л.М., 1933; Фридман Б.Д., 1933]. Систематике форм шизофрении посвятили свои исследования АН. Молохов (1948, 1960) и М.Я. Серейский (1954). Подразделение детской и подростковой шизофрении на вялотекущую (неблагоприятную) и острую (благоприятную) было осуществлено Г.Е. Сухаревой (1933, 1937).

Большое значение для развития учения о шизофрении имели работы Д.Е. Мелехова (1958, 1963), выделившего определенные типы ее течения, а не формы. Им были описаны типы непрерывнотекущей и приступообразно развивающейся шизофрении. В первой группе Д.Е. Мелехов выделял злокачественные, медленно прогрессирующие и активно прогрессирующие формы с затяжным течением. Он допускал возможность изменения степени прогрессирующей и темпа процесса на отдельных этапах течения болезни.

Несомненное значение для изучения психопатологии и клинической картины шизофрении имели исследования В.А. Гиляровского (1932, 1936), О.В. Кербикова (1949), С.Г. Жислина (1958, 1963), Д.С. Озерцовского (1962), Л.Л. Рохлина (1970), Г.В. Морозова (1975, 1977), Н.Н. Тимофеева, Т.А. Невзоровой, С.Ф. Семенова (1977).

В 60–80-е годы XX в. проблемы психопатологии и клинической картины шизофрении особенно подробно исследовались в коллективах, руководимых А.В. Снежневским. Отличительной чертой этих исследований явился мультидисциплинарный подход. Клиническая картина заболевания изучалась в сочетании с психологическими, нейрофизиологическими, биохимическими, генетическими, эпидемиологическими и другими исследованиями. В заключение в теоретическом обобщении появились концепции *pathos* и *posos* шизофрении. Были изучены непрерывнотекущие злокачественные формы шизофрении [Алексянц Р.А., 1957; Морозова Т.Н.,

1957], параноидная шизофрения [Соцевич Г.Н., 1957; Елгазина Л.М., 1958; Шумский Н.Г., 1958; Грацианский А.А., 1959], приступообразные [Фаворина В.Н., 1956; Ильон Г.Я., 1957; Тиганов А.С., 1963, 1966, 1969; Пантелеева Г.Л., Соколова Б.В., 1966] вялотекущие [Наджаров Р.А., 1964, 1972; Смулевич А.Б., 1987], приступообразно-прогредиентные [Видманова Л.Н., 1963; Дикая В.И., 1986; Концевой В.А., Пантелеева Г.Л., 1989] варианты течения; описаны особенности заболевания в зависимости от возраста [Вроно М.Ш., 1972, 1983; Пантелеева Г.П., Штернберг Э.Я., 1972, 1983; Цуцельковская М.Я., 1986], а также особенности острейших, опасных для жизни приступов [Тиганов А.С., 1982] и транзиторных форм проявления эндогенного процесса [Концевой В.А., 1965; Савченко Л.М., 1974].

Диагностика

Шизофрения отличается большим спектром клинических проявлений, и в ряде случаев ее диагностика представляет большие трудности. В основу диагностических критериев положены так называемые негативные расстройства или своеобразные изменения в личности больного. К таковым относятся обеднение эмоциональных проявлений, нарушение мышления и межличностных нарушений. Шизофрении также свойствен определенный набор синдромов.

В диагностике шизофрении важно отграничивать клиническую картину шизофрении от экзогенных психопатологий, аффективных психозов (в частности, от МДП), а также от неврозов и психопатий. Экзогенные психозы начинаются в связи с определенными вредностями (токсические, инфекционные, и другие экзогенные факторы). При них наблюдаются особые изменения личности (по органическому типу), психопатологические проявления протекают с преобладанием галлюцинаторных и зрительных расстройств. При аффективных психозах не наблюдается изменений личности, свойственных шизофрении. Психопатологические проявления

исчерпываются главным образом аффективными расстройствами. В динамике заболевания не наблюдается усложнения синдромов, в то время как при шизофрении имеется тенденция к усложнению приступов. А в случае вялого, неактивного течения шизофренического процесса необходима дифференциальная диагностика шизофрении с неврозами и психопатиями. Следует отметить, что динамика шизофрении всегда отлична от динамик других нозологических единиц, хотя иногда они могут быть неразличимы в случаях недобросовестного или некомпетентного отношения к диагностическому процессу. Такие случаи нередки, что способствовало появлению в науке специального раздела (или дисциплины), изучающего ошибки в диагностической и общеклинической практике.

У шизофрении нельзя выделить ни одного признака, который был бы специфичен только для этого заболевания. Тем не менее, существует несколько симптомов, наиболее типичных именно для шизофрении, а также, патогенез заболевания в динамике имеет отличия от всех остальных психических заболеваний, хотя и не всегда самоочевидных, а иногда и трудноразличимых даже при тщательной экспертизе.

Например, Блэйлер полагал, что для заболевания центральное место в симптоматике занимает утрата ассоциативного мышления. Курт Шнайдер предложил список симптомов, названных им «*симптомами первого ранга*». Наличие у пациента одного или более из них прямо указывает на заболевание шизофренией. В этот список были включены следующие симптомы:

1. Слуховые галлюцинации, при которых «голоса» проговаривают мысли пациента вслух,
2. Слуховые галлюцинации, где два «голоса» спорят между собой,
3. Слуховые галлюцинации, при которых «голоса» комментируют действия пациента,
4. Тактильные галлюцинации, когда пациент ощущает прикосновения чего-то постороннего,
5. «Изымание» мыслей из головы пациента,

6. «Вкладывание» мыслей в голову пациента, осуществляемое посторонними лицами,

7. Вера в то, что мысли пациента передаются другим (как по радио), или от других получаются им,

8. «Вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей,

9. «Вкладывание» посторонними людьми в сознание пациента непреодолимых импульсов,

10. Ощущение, что все действия пациента осуществляются под чьим-то контролем, автоматически,

11. Нормальным событиям систематически придается какой-то особый, скрытый смысл.

Американская психиатрия в 1980 году сделала существенный шаг вперед, приняв новую, существенно переработанную схему диагностики и систематизации психиатрических заболеваний, закрепленную в третьем издании «Диагностического и статистического справочника по психическим расстройствам (DSM-III). В 1994 году вышло его четвертое издание (DSM-IV). В соответствии с ним диагноз шизофрении может быть поставлен только в том случае, если выполнены следующие условия:

- Симптомы заболевания проявляются, по крайней мере, в течение шести месяцев, по сравнению с периодом, предшествующим заболеванию, наблюдается изменения в способности выполнять определенные действия (работа, общение, уход за собой).

- Данные симптомы не связаны с органическими изменениями мозговой ткани или с задержкой умственного развития.

- Данные симптомы не связаны с маниакально-депрессивным психозом.

- Должны присутствовать симптомы, перечисленные в одном из пунктов – а, б, или в, а именно:

- а) По крайней мере, в течение месяца должны наблюдаться какие-либо два из следующих симптомов: бред; галлюцинации; расстройства мышления

и речи (бессвязность или частая потеря ассоциативных связей); в значительной мере дезорганизованное или кататоническое поведение, «негативные» симптомы (притупление эмоций, апатия);

б) Странный бред, который члены одной с пациентом субкультуры видят как беспочвенный;

в) Явные слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких «голосов», комментирующих действия пациента или спорящих друг с другом.

Симптомы могут проявляться с различной степенью периодичности, они бывают слабо выраженными, а пациент может умело скрывать некоторые проявления своего заболевания. Поэтому в кругу специалистов широко распространена практика, когда при первых встречах с пациентом они записывают в историю болезни: *«подозрение на шизофрению»*. Это означает, что их диагноз находится под вопросом – до тех пор, пока клиническая картина не станет яснее.

Психологические особенности больного шизофренией

Для шизофрении наиболее значимыми являются своеобразные расстройства, характеризующие изменения личности больного. Выраженность этих изменений отражает злокачественность болезненного процесса. Эти изменения касаются всех психических свойств личности. Однако наиболее типичными являются интеллектуальные и эмоциональные.

Интеллектуальные расстройства проявляются в различных вариантах нарушения мышления: больные жалуются на неуправляемый поток мыслей, их закупорку, параллелизм. Для шизофрении характерно также символическое мышление, когда больной отдельные предметы, явления объясняет по своему, только для него значимому смыслу. Например, косточку от вишни он расценивает как свое одиночество, а непогашенный

окурок – как догорающую жизнь. В связи с нарушением внутреннего торможения у больного возникает склеивание (агглютинация) понятий.

Он теряет способность отграничивать одно понятие от другого. В словах, предложениях больной улавливает особый смысл, в речи появляются новые слова – неологизмы. Мышление нередко бывает расплывчатым, в высказываниях происходит как бы соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Логическая непоследовательность в высказываниях у ряда больных с далеко зашедшими болезненными изменениями приобретает характер речевой разорванности мышления в виде «словесной крошки» (шизофазия). Это происходит в результате утраты единства психической деятельности.

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты морально-этических свойств, чувства привязанности и сострадания к близким, а иногда это сопровождается неприязнью и злобностью. Снижается, а со временем и пропадает полностью интерес к любимому делу. Больные становятся неряшливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой. Существенным признаком заболевания являются также и особенности поведения больных. Ранним признаком его могут быть появление аутизма: замкнутости, отчужденности от близких, странности в поведении (необычные поступки, манера поведения, которые ранее были не свойственны личности и мотивы которых нельзя связывать с какими-нибудь обстоятельствами). Больной уходит в себя, в мир собственных болезненных переживаний. Мышление больного при этом основывается на извращенном отражении в сознании окружающей действительности.

Во время беседы с больным шизофренией, при анализе их писем, сочинений можно в ряде случаев выявить у них склонность к резонерствующим рассуждениям. Резонерство пустое мудрствование, например, бесплотные рассуждения больного о конструкции кабинетного стола, о целесообразности четырех ножек у стульев и т.д.

На ранних стадиях этого заболевания могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия, чувство вины, страх, а также частая смена настроений. На более поздних стадиях характерно снижение эмоционального фона, при которых кажется, что больной вообще не в состоянии испытывать какие-либо эмоции. На ранних стадиях шизофрении широко распространен симптом депрессии. Картина депрессии может быть очень отчетливой, длительной и наблюдаемой, а может быть и замаскированной, неявной, признаки которой заметны лишь взгляду специалиста.

Эмоционально – волевое оскудение развивается через определенное время после начала процесса и бывает четко выражено при обострении болезненных симптомов. Вначале заболевание может носить характер диссоциации чувственной сферы больного. Он может смеяться при печальных событиях и плакать при радостных. Такое состояние сменяется эмоциональной тупостью, аффективным безразличием ко всему окружающему и особенно эмоциональной холодностью к близким и родственникам.

Эмоционально – волевое оскудение сопровождается безволием – абулией. Больных ничто не волнует, не интересует, у них отсутствует реальные планы на будущее или же они говорят о них крайне неохотно, односложно, не обнаруживая стремления осуществить их. События окружающей действительности почти не привлекают их внимания. Они целыми днями безучастно лежат в постели, ничем не интересуются, ничем не занимаются.

Изменение интерпретации окружающего, связанное с изменением восприятия, особенно заметно на начальных стадиях шизофрении и, судя по некоторым работам, может быть выявлено у почти двух третей всех пациентов. Эти изменения могут выражаться как в усилении восприятия (что встречается чаще), так и в его ослаблении. Чаще встречаются изменения, связанные со зрительным восприятием. Цвета кажутся более яркими,

цветовые оттенки – более насыщенными. Отмечается также трансформация привычных предметов в нечто иное. Изменения восприятия искажают очертания предметов, делают их угрожающими. Цветовые оттенки и структура материала могут как бы переходить друг в друга. Обострение восприятия тесно связано с переизбытком поступающих сигналов. Дело не в том, что органы чувств становятся более восприимчивыми, в том, что мозг, обычно отфильтровывающий большую часть поступающих сигналов, по каким-то причинам не делает этого. Такое множество внешних сигналов, обрушивающихся на мозг, затрудняет у больного способность сосредоточения и концентрации. По некоторым данным, более половины больных шизофренией отмечают расстройство внимания и ощущение времени.

Существенная группа симптомов в диагностике ранней шизофрении – это нарушения, связанные с затрудненностью или неспособностью интерпретации поступающих сигналов из внешнего мира. Аудиальные, визуальные и кинестетические контакты со средой перестают быть понятными для больного, вынуждая его по-новому приспосабливаться к окружающей действительности. Это может отражаться как на его речи, так и на его поступках. При подобных нарушениях информация, поступающая к больному, перестает быть для него цельной и очень часто предстает в форме раздробленных, разделенных элементов. Например, при просмотре телевизионных передач больной не может одновременно смотреть и слушать, а видение и слух представляются ему двумя разделенными сущностями. Нарушается видение обыденных предметов и понятий – слов, предметов, смысловых особенностей происходящего.

Типичны также для шизофрении и различные своеобразные сенестопатические проявления: неприятные ощущения в голове и других частях тела. Сенестопатии имеют вычурный характер: больные жалуются на ощущение распирания одного полушария в голове, сухость желудка и т.д.

Локализация сенестопатических проявлений не соответствует болезненным ощущениям, которые могут быть при соматических заболеваниях.

Наиболее сильное впечатление на окружающих и вообще на всю культуру в целом, что выразилось даже в десятках произведений на эту тему, производят бред и галлюцинации больного шизофренией. Бред и галлюцинации являются наиболее известными симптомами психического заболевания и, в частности, – шизофрении. Разумеется, следует помнить, что бред и галлюцинации не обязательно указывают именно на шизофрению и шизофреническую нозологию. В некоторых случаях данные симптомы не отражают даже общепсихотической нозологии, будучи следствием, к примеру, острого отравления, сильного алкогольного опьянения и при некоторых других болезненных состояниях.

Бред – ложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующего повода. Оно не поддается разубеждению, несмотря на то что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому самому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. По содержанию различают: бред величия (богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства, гениальности, влюбленности), бред преследования (отравления, обвинения, ограбления, ревности); бред самоуничтожения (греховности, самообвинения, болезни, разрушения внутренних органов).

Следует отличать также несистематизированный и систематизированный бред. В первом случае речь идет, как правило, о столь остром и интенсивном протекании заболевания, что больной даже не успевает объяснить для себя происходящее. Во втором же следует помнить, что бред, имея характер самоочевидного для больного, может маскироваться годами под некоторые социально спорные теории и коммуникации. Галлюцинации считаются типичным явлением при шизофрении, они замыкают собой спектр симптомов, в основе которых лежит изменение восприятия. Если иллюзии – это ошибочные восприятия чего-либо, реально

существующего, то галлюцинации – это мнимое восприятие, восприятие без объекта.

Галлюцинации – одна из форм нарушения восприятия окружающего мира. В этих случаях восприятия возникают без реального раздражителя, реального объекта, обладают чувственной яркостью и неотличимы от существующих в действительности предметов. Встречаются зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные галлюцинации. Больные в это время действительно видят, слышат, обоняют, а не воображают, не представляют.

Галлюцинирующий слышит голоса, которых нет и видит людей (предметы, явления), которых не существует. При этом у него имеется полная убежденность в реальности восприятия. При заболевании шизофренией наиболее типичными являются именно слуховые галлюцинации. Они настолько характерны для этой болезни, что на основании факта их наличия больному можно ставить первичный диагноз «подозрение на шизофрению». Появление галлюцинаций свидетельствует о значительной тяжести психических нарушений. Галлюцинации, весьма частые при психозах, никогда не бывают у больных неврозами. Наблюдая за динамикой галлюциноза, можно более точно установить его принадлежность к той или иной нозологической форме. Например, при алкогольном галлюцинозе «голоса» говорят о больном в третьем лице, а в шизофреническом – чаще обращаются к нему, комментируют его действия или приказывают что-то сделать. Особенно важно обратить внимание на тот факт, что о наличии галлюцинаций можно узнать не только из рассказов больного, но и по его поведению. Это бывает необходимо в тех случаях, когда больной скрывает галлюцинации от окружающих.

С бредом и галлюцинациями тесно связана другая группа симптомов, характерных для многих больных шизофренией. Если здоровый человек отчетливо воспринимает свое тело, точно знает, где оно начинается и где кончается, и хорошо осознает свое «Я», то типичная симптоматика

шизофрении – искаженность и иррациональность представлений. Эти представления у больного могут колебаться в очень широком диапазоне – от небольших соматопсихических расстройств самовосприятия до полной невозможности отличить себя от другого человека или от некоторого другого предмета внешнего мира. Нарушенность восприятия себя и своего «Я» может привести к тому, что больной перестанет отличать себя от другого человека. Он может начать считать, что, на самом деле, он противоположного пола. А происходящее во внешнем мире может рифмоваться у больного с его телесными функциями (дождь – это его моча, и т.п.).

Изменение общей психической картины мира у больного неизбежно ведет к изменению его двигательной активности. Даже если больной тщательно скрывает патологическую симптоматику (наличие галлюцинаций, видений, бредовые переживания и пр.), – можно, тем не менее, обнаружить появление заболевания по его изменениям в движениях, при ходьбе, при манипуляции с предметами и во многих других случаях. Движение больного может ускоряться или замедляться без видимой причины или более-менее внятных возможностей это объяснить. Широко распространены ощущения неуклюжести и замешательства в движениях (часто бывает ненаблюдаемым и, поэтому, ценно, когда больной сам делится подобными переживаниями). Больной может ронять вещи, или постоянно наткаться на предметы. Иногда наблюдаются короткие «застывания» во время ходьбы или другой активности. Спонтанные движения (отмашка рук при ходьбе, жестикуляция) могут усилиться, но чаще приобретают несколько неестественный характер, сдерживаются, так как больному кажется, что он очень неуклюж, и он старается минимизировать эти проявления своей неловкости и неуклюжести. Наблюдаются повторяющиеся движения: тремор, движения языка или губ в виде посасывания, тики и ритуальные двигательные шаблоны. Крайний вариант двигательных расстройств – кататоническое состояние больного при шизофрении, когда больной часами или даже сутками может сохранять одну и ту же позу, будучи совершенно обездвиженным. Кататоническая форма

наступает, как правило, в тех стадиях болезни, когда она была запущена, а никакого лечения больной не получал в силу тех или иных причин.

Кататонический синдром включает в себя состояния кататонического ступора и возбуждения. Сам по себе кататонический ступор может быть двух видов: люцидный и онейроидный.

Люцидная кататония протекает без помрачения сознания и выражается ступором с негативизмом или оцепенением либо импульсивным возбуждением. Онейроидная кататония включает онейроидное помрачение сознания, кататоническое возбуждение с растерянностью или ступор с восковидной гибкостью.

При люцидном ступоре у больного сохранена элементарная ориентировка в окружающем и его оценка, в то время как при онейроидном сознание больного изменено. Больные с люцидным ступором после выхода из этого состояния помнят и рассказывают о событиях, происходивших в тот период вокруг них. Больные с онейроидными состояниями сообщают о фантастических видениях и переживаниях, во власти которых они находились в период ступорозного состояния. Кататоническое возбуждение бессмысленное, нецеленаправленное, иногда принимающее характер моторного. Движения больного однообразны (стереотипия) и по сути являются подкорковыми гиперкинезами; возможны агрессивность, импульсивные действия, негативизм; выражение лица часто не соответствует позе (могут наблюдаться мимические асимметрии). В тяжелых случаях речь отсутствует, возбуждение немое или больной рычит, мычит, выкрикивает отдельные слова, слоги, произносит гласные. У некоторых больных обнаруживается неудержимое стремление говорить. При этом речь вычурная, высокопарная, отмечаются повторения одних и тех же слов (персеверация), разорванность, бессмысленное нанизывание одного слова на другое (вербигерация). Возможны переходы из кататонического возбуждения в ступорозное состояние и наоборот.

Гебефренический синдром близок к кататоническому и по происхождению, и по проявлениям. Характеризуется возбуждением с манерностью, вычурностью движений и речи, дурашливостью. Веселье, кривляние и шутки не заражают окружающих. Больные дразнятся, гримасничают, коверкают слова и фразы, кувыркаются, танцуют, оголяются. Наблюдаются переходы между кататонией и гебефренией.

Изменения в поведении больных шизофренией обычно являются реакцией на другие изменения, связанные с изменением восприятия, нарушением способности интерпретировать поступающую информацию, галлюцинациями и бредом, и другими вышеописанными симптомами. Появление таких симптомов вынуждает больного изменять привычные схемы и способы коммуникаций, деятельности, отдыха. Следует учитывать, что у больного, как правило, существует абсолютная уверенность в правоте своего поведения. Совершенно нелепые, с точки зрения здорового человека, поступки имеют у больного шизофренией логическое объяснение и убежденность в своей правоте. Поведение больного – не следствие его неправильного мышления, а следствие психического заболевания, которое на сегодняшний день достаточно эффективно поддается лечению психофармакологическими препаратами и соответствующим клиническим уходом.

Лечение

Биологические методы (шоковая терапия, психофармакотерапия).

Медикаменты являются основным средством лечения шизофрении.

Препараты:

1. психоаналептики (антидепрессанты)
2. психолептики
3. транквилизаторы

Применяются курсами, для купирования обострений, амбулаторно и в виде поддерживающей терапии. Выбор препарата

зависит от структуры психопатологического синдрома, определяющего к моменту начала лечения клинику обострения.

4. инсулинотерапия

5. электросудорожная терапия

В связи со структурной сложностью синдромов необходимо применять комбинации различных психотропных средств. При лечении прогрессивных непрерывно текущих форм применяют аминазин 300–500 мг в сутки. То же и при фебрильных приступах. При непереносимости аминазина в/в сибазон или стелазин 30–80 мг в сутки. При кататонических расстройствах этаперазин 20–90 мг в сутки, мажептил 15–60 мг в сутки. При бредовых и галлюцинаторных расстройствах галоперидол 5–30 мг в сутки, левомепромазин (тизерцин) 150–200 мг в сутки.

При депрессивных состояниях применяют антидепрессанты седативного действия (нозинан, амитриптилин). При вялотекущих процессах и при поддерживающей терапии подключаем либриум (элениум), мепротан, валиум. При негативных расстройствах – нейролептики.

Инсулин, курс 15–20 коматозных состояний применяется при периодических формах шизофрении, чаще в комбинации с психолептиками. Инсулино-шоковая терапия показана так же больным с острыми проявлениями шизофренического процесса и соматически ослабленным, а электросудорожная – больным, которые резистентны к терапии другими методами, и с хроническими депрессивными состояниями. В связи с широким применением психотропных средств значительное число больных лечится амбулаторно.

Список литературы:

1. Клиническая психиатрия. В 2 томах. Том 1.// Г.И. Каплан Б.Дж.Сэдок// Пер. с английского докт. мед. наук В. Б. Стрелец. – М.: Медицина, 2004. – 533 с.
2. Клиническая психология// Урс Бауманн, Майнрад Перре. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. – 968 с.
3. Медицинская психология// Т. П. Пушкина. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2006. – 59 с.
4. Основы патопсихологии// Рональд Комер. – М.: Медицина, 2002. – 505 с.
5. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 576 с.
6. Шизофрении// Д. Хелл, М. Фишер-Фельтен// Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. – М.: Алетейа, 2005. – 200 с.
7. Энциклопедия психического здоровья// Г.-У. Витхен//Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л.Гушанского. – М.: Алетейа, 2006. – 552 с.