

Шизофрения

Шизофрения (от греч. schizo – расщепляю, phren – ум, душа) – прогрессирующее (прогредиентное) эндогенное психическое заболевание, для которого характерны утрата единства психических функций, нарушения мышления, обеднение эмоциональной сферы и нарастающее ослабление психической активности.

- Как самостоятельная нозологическая форма было выделено в 1896 году известным немецким психиатром Эмилем Крепелином под названием «раннее слабоумие» (*Dementia praecox*).
- Термин «шизофрения» был предложен в 1911 году крупным швейцарским психиатром Блейлером.
- Шизофрения является наиболее распространённым психическим заболеванием, по данным ВОЗ количество больных шизофренией во всём мире составляет 0,77-0,8%

Симптоматология шизофрении

Негативные симптомы шизофрении

- нарушение мышления при сохранной в целом функции интеллекта
 - дезинтеграция мышления
 - «аутистическое» мышление
 - «паралогичность» мышления
 - «символическое» мышление
 - амбивалентность мышления
 - шперрунг, ментизм
 - резонёрство
 - шизофазия
 - идеаторные автоматизмы, «открытость мыслей»
- обеднение эмоционально-волевой сферы
- извращение инстинктов
- апато-абулический синдром
- нарушение коммуникативных функций



Симптоматология шизофрении

Продуктивные симптомы шизофрении

- расстройства восприятия – иллюзии, галлюцинации
- бредовые идеи, любые варианты по содержанию
- психические автоматизмы
- галлюцинаторно-параноидные синдромы
- кататонические и гебефренические расстройства
- шизофренические мании и депрессии
- неврозоподобные и психопатоподобные нарушения: тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные истероформные, небредовая ипохондрия, психопатоподобные состояния эксплозивного, гебоидного типа
- хроническая деперсонализация

все симптомы шизофрении проявляются на фоне ясного сознания

Снижение уровня личности (осевой синдром)

Каждый признак обязателен, но недостаточен!

Снижение энергетического потенциала

- «Лень» в первую очередь она распространяется на умственный труд, в то время как физические нагрузки могут даже ненадолго активизировать интеллект больного. Жалобы на быструю утомляемость, плохую память, раздражительность, нарушение сна, ухудшается активное внимание.
- Возможен вариант внезапного и мало мотивированного интереса к изучению религиозной, философской или иной литературы, однако пациент ничего не усваивает.

Остановка онтогенетического развития личности

- в первую очередь затрагивает профессиональную сферу деятельности пациентов, иногда в сфере профессиональной деятельности резко изменяется ее направленность.
- Исчезает возможность приобретать новые для личности морально-этические и культурные знания и навыки.

Нарушение социальных контактов.

- При вялотекущей шизофрении отмечается перинуклеарный тип нарушения контактов. Пациенты перестают приобретать новых знакомых, потом отторгаются приятели и друзья, в далеко зашедших случаях больные избегают общения даже с близкими и родными.
- При злокачественных формах шизофрении отмечается нуклеарный характер нарушения контактов, чаще всего он предшествует манифестации психоза. В один из пубертатных кризов, чаще – в третьем, больные начинают отторгать от себя наиболее близких людей – мать, отца, уходят из дома, попадают в делинквентные компании.
- Возможен и так называемый «аутизм наизнанку», вариант, при котором больные демонстрируют огромное количество социальных контактов, однако эти

Снижение уровня личности (осевой синдром)

Каждый признак обязателен, но недостаточен!

Изменение преморбидного характера больного.

- При вялотекущем процессе обостряются характерологические особенности личности;
- При злокачественных формах наблюдаются непредсказуемые мутационные изменения характера, чаще во время пубертатных кризов.

Нарушение эмоционального резонанса.

- При вялотекущих шизофрениях наблюдается постепенное затухание эмоционального резонанса, пациенты становятся эмоционально все суше, холоднее и внешне безразличнее даже к весьма значимым для них событиям и явлениям. В крайних случаях можно обнаружить полное отсутствие эмоционального резонанса – апатию.
- При злокачественных шизофрениях наблюдается извращение, неадекватность эмоциональных реакций.

Психические автоматизмы.

- Полная сенсорная деперсонализация характеризуется ощущением отсутствия мозга, какого либо одного или всех внутренних органов.
- В идеаторной сфере в легких случаях наблюдается закупорка мыслей (шперунг) или наплывы мыслей, не подчиняющиеся больному (ментизм). Последний может перерасти в шизофазию, характеризующуюся грамматически правильно построенной, но не имеющей смысла речью, словесной крошкой.
- В моторной сфере также можно увидеть крайние проявления схизиса: кататоническое возбуждение (слепое и немое) либо ступор.
- Полная утрата возможности управлять своими психическими функциями приводит к двум полярным формам реагирования личности: «двигательная буря» или «мнимая смерть».

Шизофрения с непрерывным течением

Злокачественная непрерывная (юношеская) шизофрения

Этот тип течения характеризуется ранним началом болезни (период пубертатного криза – 12-15 лет), грубой прогрессивностью, быстрым нарастанием личностного опустошения с утратой активности и развитием бурных полиморфных психозов.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяются отдельные формы злокачественной шизофрении:

- **Простая форма.** Преобладание «негативных» расстройств, симптомов «выпадения», характеризующихся резкой перестройкой всей личности в целом при отсутствии психоза. Подростки неожиданно меняются, становятся грубыми, теряют интерес к прежним делам, в семье делаются нетерпимыми. Появляется замкнутость события перестают вызывать адекватные эмоциональные реакции. Меняется мимика и моторика, наблюдается расторможение примитивных влечений, появляется беспричинная агрессия к окружающим. Нарушения мышления проявляются бедностью ассоциаций, речи, внезапными «остановками» мысли, «соскальзываниями» мыслей на отвлечённую тему. Продуктивная деятельность уступает место необычным, оторванным от жизни особым занятиям отвлечённого характера.
- При простой форме шизофрении, как правило, не бывает бреда, галлюцинаций. Возможны лишь эпизодические проявления бредовой настороженности, рудиментарные галлюцинаторные расстройства в виде отдельных «окликов». В целом достаточно быстро, в течение 3-5 лет, нарастает оскудение эмоций и понижение продуктивности с полной утратой инициативы, конкретной целенаправленной деятельности.
- Быстро развивается шизофренический дефект и конечное состояние с безразличием, апатией.
- **Кататоническая форма непрерывнотекущей шизофрении** начинается в молодом возрасте. Выраженные случаи проявляются сменой кататонического ступора кататоническим возбуждением без помрачения сознания (люцидная, светлая кататония).
- При **кататоническом ступоре** предшествующими ему симптомами являются эпизодически повторяющиеся явления «застывания» больных в одном положении. При ступоре возникает выраженное напряжение всех мышц. Больные могут принимать неудобные позы и оставаться в таком положении днями и даже месяцами. Сознание при этом не нарушается.
- **Кататоническое возбуждение** проявляется в стереотипно повторяющихся бесцельных действиях, часто сопровождается импульсивной агрессией, негативизмом. Возбуждение может сочетаться с мутизмом (немое возбуждение), или вербигерацией – повторение модных и тех же слов, фраз. Встречается эхолалия, эхопраксия, стереотипии, «симптом последнего слова».
- За 2-3 года формируется «конечное состояние» с редукцией психической активности и формированием «тупого» слабоумия.
- **Гебефреническая форма непрерывнотекущей шизофрении** также дебютирует в юношеском возрасте. Характерной особенностью является резко бросающееся в глаза расстройство поведения, больные гримасничают, кривляются, паясничают, отпускают плоские, подчас циничные шутки. Грубое кривлянье, дурашливость, шутовство носит утрированный, гротескный характер, поведение абсолютно неадекватно ситуации. Пациенты часто бывают неопрятны, нечистоплотны, могут нарочно мочиться в постели, испражняться, прожорливость чередуется с разбрасыванием пищи. Эпизодически могут проявляться

Шизофрения с непрерывным течением

Параноидная форма непрерывного течения шизофрении

- дебютирует после 20 - 25 лет.
- На ранних этапах болезни **происходит постепенное изменение личностной структуры** с появлением недоверчивости, настороженности, отчуждённости, скрытности, замкнутости.
- На этом фоне появляются бредовые идеи отношения, преследования, особого значения. **Формируется паранойяльный интерпретативный бред**, а затем картина болезни усложняется вследствие появления галлюцинаций (слуховых), которые проделывают динамику от единичных «окликов» до комментирующих «голосов» и «приказывающих».
- Далее **появляются псевдогаллюцинации**, «внутренние голоса», «звучащие мысли», возникает чувство «овладения», бред психического и физического воздействия, т.е. **формируется синдром Кандинского-Клерамбо**, психического автоматизма. При этом резко меняется поведение больных, оно становится психотическим, определяется сущностью тех или иных автоматизмов. Этот этап обозначается как параноидный.
- При переходе болезни в **парафреничную стадию развития бреда**, когда бредовые представления принимают крупный размах, становятся мегаломаническими, иногда **присоединяются кататонические явления**. Пациенты считают себя «посланниками богов» или «самим господом богом», «особыми личностями знатного происхождения», «министрами», «президентами», «присваивают» себе чужие фамилии, у них появляется неадекватное чувство превосходства, особая горделивость, снисходительное отношение к окружающим. Фантастичность фабулы бреда свидетельствует о значительном личностном дефекте, на этом этапе могут обнаруживаться особые речевые расстройства: монологи, пространные нескончаемые рассуждения на различные отвлечённые темы и явления шизофазии.
- Нарастает снижение инициативности, продуктивности, формируется особый тип

Шизофрения с непрерывным течением

Вялотекущая непрерывная шизофрения

- Начало заболевания медленное, постепенное.
- На ранних этапах течения болезни преобладают невротоподобные проявления. Из них чаще всего наблюдаются различные навязчивые расстройства. Ритуалы чрезвычайно причудливы, фобии быстро утрачивают эмоциональный оттенок, страхи сами по себе часто нелепы. Постепенно нарастает вялость, утомляемость при отсутствии заметных физических нагрузок, суживается круг интересов, утрачивается активность.
- Ипохондрически-сенестопатические жалобы больных вялотекущей шизофренией отличаются особой вычурностью.
- Возможно развитие деперсонализационных расстройств с усложнением от невротических явлений «пронзительного самоанализа» до ощущения отсутствия всех естественных проявлений своего «Я» (у меня нет своих эмоций, своих чувств, своего настроения). Дерезализация проявляется в ощущении «неясности окружающего». Эпизодически могут появляться ощущения утраты чёткости мышления, управления мыслями, но эти симптомы транзиторны, на первый план выступают невротоподобные расстройства.
- Встречаются проявления дисморфофобии и дисморфомании. Мотивы голодания или строгой диеты могут быть совершенно невразумительными, проявления анорексии могут проявляться не полным отказом от пищи, а вычурными, заумными голодными диетами. мысли о своём уродстве касаются, как правило, тех частей тела, которые являются нормальными, а реальные дефекты игнорируются полностью.
- **Психопатоподобные расстройства** могут выражаться в неожиданном появлении грубых истерических реакций, не связанных с какими-либо психогенными факторами.
- Из-за нарушения концентрации мыслей и несобранности падает успеваемость и трудоспособность. Нарастает аутизм, больные погружаются в мир собственных фантазий, которые характеризуются нелепостью и вычурностью
- Больные психопатоподобной шизофренией на разных этапах болезни обнаруживают склонность к употреблению алкоголя, наркотиков, что указывает на известное ослабление волевых функций. Алкоголизация (наркотизация) может у них спонтанно прекращаться с нарастанием общего психического оскудения, аутизации, самоизоляции.

циркулярный тип течения шизофрении

- Характеризуется развитием аффективных депрессивных или маниакальных фаз с наличием бредовых, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных расстройств.
- Маниакальные фазы характеризуются признаками возбуждения идеаторного, аффективного и моторного компонента психики. Быстро разворачивается симптоматика бредового регистра с идеями преследования, бредом особого значения, интерметаморфозы, появлением «двойников». У больных появляются симптомы «первого ранга» с «открытостью мыслей», «умением читать мысли», «звучанием мыслей»; в некоторых случаях на высоте психоза развиваются онейроидно-кататонические расстройства и психоз принимает характер онейроидной кататонии.
- Депрессивные фазы манифестируют появлением вялости, утраты радости, озабоченности, нарушений сна, страхов, ожидания какого-то несчастья. Затем развивается бред особого значения, интерметаморфозы. В ряде случаев картина болезни трансформируется в картину меланхолической парафрении.
- Аффективно-бредовое депрессивное состояние может трансформироваться в онейроид с иллюзорно-фантастическими переживаниями «мировых катастроф», развивается ступорозное состояние с зачарованностью, растерянностью. Выход из такого психоза может быть достаточно быстрым на фоне лечения, исчезают онейроидно-фантастические, бредовые переживания, в последнюю очередь редуцируются депрессивные расстройства.
- Основным дифференциальным критерием отграничения циркулярной шизофрении и аффективного циркулярного психоза является то, что, если при МДП человек после завершения аффективной фазы полностью восстанавливает все свои психические свойства и качества, то при циркулярной шизофрении **после каждого приступа остаются признаки побледнения эмоционально-волевой сферы**, снижается психическая активность.

Приступообразно-прогредиентный тип течения шизофрении

- Характеризуется признаками, свойственными как непрерывно текущей, так и циркулярной шизофрении.
- **Параноидный тип.** Болезнь развивается вначале сходно с формированием клиники непрерывной параноидной формы шизофрении. Больные становятся более замкнутыми, неразговорчивыми, угрюмыми, настороженными, появляются идеи отношения, преследования, лёгкий субдепрессивный фон настроения. Затем остро разворачивается картина чувственного, может развиваться острый приступ паранойяльного бреда, но с наличием аффекта. Такой приступ завершается довольно быстро и формируется качественная ремиссия с восстановлением привычного строя жизни. Больные приступают к работе, сохраняют семью, хотя и обнаруживают некоторую утрату прежней общительности, сохраняют узкий круг знакомств.
- Через 4-5 лет болезнь вновь возвращается, следующий её приступ становится более сложным по своей структуре, развивается, например, психоз с проявлениями всех видов психических автоматизмов, или приступ вербального галлюциноза. При этом опять же присутствуют признаки мании или депрессии. После завершения приступа, который может быть более продолжительным (5-7 месяцев), что создаёт впечатление полного сходства с картиной непрерывнотекущей шизофрении, он разрешается и вновь со значительным восстановлением прежних возможностей личности, правда, на несколько сниженном уровне. Больные могут выполнять только более простую работу, заметнее выражены признаки аутизации, некоторого отдаления от близких, они быстрее утомляются.
- Следующие приступы становятся более частыми, они бывают более сложными, например, развивается приступ острой галлюцинаторной или острой конфабуляторной парафрении. После такого приступа выход в ремиссию уже неполный, выраженность изменений личности достаточно массивна, продуктивность и спонтанная активность заметно снижается, требуется

Фебрильная (гипертоксическая)

шизофрения

- Основным признаком бурно развивающегося психоза является резкое повышение температуры, явления эндотоксикоза, создающие предпосылки развития ургентного состояния подобных больных с риском для жизни.
- Для отнесения фебрильных приступов к гипертоксической шизофрении требуются следующие критерии:
 - острое развитие приступа шизоаффектной структуры с кататоническими проявлениями;
 - быстрое (в течение от 1 до 5 дней) появление температурной реакции вне связи с каким-либо соматическим заболеванием и приёмом нейролептических средств.
- Приступы фебрильной шизофрении внешне похожи на приступы онейроидной кататонии и сопровождаются либо кататоническим ступором, либо кататоническим возбуждением. Температура повышается до 38-40° С. Длительность лихорадочного приступа варьирует от нескольких дней до нескольких недель.
- Отмечается характерный внешний вид больных: сухие запекшиеся губы, сухой язык, часто обложенный, гиперемия кожных покровов, единичные кровоподтеки.
- До применения нейролептиков подобные случаи заканчивались летально (смертельная кататония). В настоящее время при применении комплексной терапии (борьба с обезвоживанием, восстановление щелочно-кислотного равновесия, использование нейролептических средств) наступает достаточно выраженная ремиссия.
- Фебрильные приступы часто бывают первыми при развитии приступообразной-прогредиентной шизофрении, последующие

Этиология и патогенез

- **Теория психогенеза:** убеждение о роли «шизофреногенной матери», подавляющей других членов семьи, в том числе и будущего больного шизофренией (сына или дочь), который «шизоидировался» под влиянием такой «гиперпротективной» матери (А. Майер).
- **Роль вирусного фактора** в происхождении некоторых типов шизофрении (М.А. Морозов, Т. Кроу и др).
- В соответствии с **дофаминовой теорией** предполагается, что при шизофрении повышается активность дофаминовой системы мозга с увеличением выделения дофамина, усилением дофаминовой нейротрансмиссии, гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов, в силу чего дофаминовые нейроны находятся в гиперактивном состоянии. Негативные симптомы болезни при этом связаны со снижением активности мезокортикальной части дофаминэргической системы, а позитивные – с гиперактивностью подкорковых дофаминэргических структур.
- **Наследственная гипотеза** происхождения шизофрении рассматривает развитие болезни как результат наследственного предрасположения и наличие риска по шизофрении у ближайших родственников больного. Если больны оба родителя, то шизофренией будут страдать 14,3% детей.
- **Гипотеза нарушения развития мозга при шизофрении (дизонтогенетическая теория):** повреждение мозга (токсическое, инфекционное и др.) может наблюдаться в период внутриутробного развития, в течение беременности. Отклонения в развитии мозговых структур, определяющиеся на субклеточном уровне, лежат в основе риска по шизофрении, а манифестация происходит под влиянием стрессовых факторов, вызывающих декомпенсацию функции соответствующих несовершенных структур.

• В целом патогенез шизофрении фактически остается непонятным

Терапия шизофрении

Основным способом лечения шизофрении является психофармакотерапия. Выбор психотропных средств определяется особенностями позитивной симптоматики и типом течения заболевания.

- **При злокачественной шизофрении** наличие психотических расстройств требует применения «больших» нейролептиков (галоперидол, триседил, трифтазин).
- Кататоническое возбуждение купируется парентеральным введением аминазина, галоперидола. Эти же препараты используют при гефреническом возбуждении.
- При простой форме шизофрении показаны активизирующие нейролептические средства (трифтазин, стелазин, эглонил, сульпирид, флуанксол, семап, пенфлюридол, рисперидон, арипипразол, абилифай). Эти нейролептики можно комбинировать с ноотропами (ноотропил, фенотропил, аминалон, энерион), препаратами, улучшающими обменные процессы в нейронах и других тканях организма (церебролизин, мексидол, актовегин), которые вводят парентерально. Показано применение биотических средств, содержащих незаменимые аминокислоты (глицин, биотредин, семакс).
- Терапия злокачественной непрерывнотекущей шизофрении проводится длительно, годами, после купирования острых состояний используются поддерживающие дозы препаратов (трифтазин, лепонекс, рисперидон). Обязательно назначаются «корректоры» с целью профилактики экстрапирамидных расстройств (циклодол, акинетон и др.).
- **При параноидной шизофрении** используются нейролептики с селективным антибредовым действием: аминазин, трифтазин, галоперидол, этаперазин, рисполепт-конста, модитен-депо. Здесь также необходимы корректоры.
- Используется также избирательное, купирующее бред, действие лепонекса (азалептин) под контролем крови, так как возможны явления лейкопении. Лечение лепонексом длительное, после послабления симптоматики на фоне стабилизации процесса дозировка препарата снижается вдвое и терапия становится поддерживающей.
- **При вялотекущей шизофрении** для подбора препарата решающее значение имеет «осевая» симптоматика: навязчивости, истероподобные расстройства, деперсонализация и т.д. При obsessions и фобиях используют лоразепам, лорафен, феназепам в комбинации с галоперидолом, рисперидоном, сероквелем.
- Полезна семейная психотерапия. При непсихотическом уровне расстройств показана систематическая психотерапия, преимущественно рациональная (когнитивная) и поведенческая.