

**ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

ШИЗОФРЕНИЯ

Учебное пособие



Москва - 2017

УДК 616.895.8
ББК 56.14
Т16

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России кандидатом медицинских наук, доцентом **Е.С. Тальниковой**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 28 ноября 2016 г., протокол №10.

Рецензенты:

О.А. Макушкина, доктор медицинских наук, руководитель Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

А.А. Шмилович, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета ФГБОУ ВО “Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова” Минздрава России.

Т16 Тальникова Е.С. **Шизофрения**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 92 с.

В учебном пособии освещены вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза шизофрении. Главное внимание уделено классификации, клиническим проявлениям, диагностическим критериям, исходам и терапии шизофрении. Содержание соответствует учебному плану программ ординатуры по специальностям 31.08.20 “Психиатрия”, 31.08.24 “Судебно-психиатрическая экспертиза”, 31.08.21 “Психиатрия-наркология”, 31.08.22 “Психотерапия” по теме “Шизофрения”.

Для обучающихся в ординатуре ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

ISBN 978-5-86002-189-1

ББК 56.14

© Е.С. Тальникова, 2017.

© ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2017.

ВВЕДЕНИЕ

Подготовка учебного пособия, посвященного клиническим проявлениям, диагностическим критериям, течению, исходам и терапии шизофрении, обусловлена широкой распространенностью данного психического расстройства и разнообразием клинических форм и вариантов его течения. До настоящего момента сохраняются проблемы в плане классификации и диагностики шизофрении. В учебной литературе недостаточно представлены вопросы динамики шизофрении, современных подходов к оценке прогноза заболевания.

Цель учебного пособия – изучение классификации, диагностических критериев шизофрении, особенностей течения и исходов; выработка умения ставить клинический диагноз, выбирать терапевтическую тактику, оценивать прогноз; приобретение профессиональных компетенций для самостоятельной деятельности в рамках получаемой квалификации.

Учебное пособие предназначено для высшего профессионального образования врачей-психиатров, врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, врачей судебно-психиатрических экспертов.

Концепция пособия – обучить ординаторов эффективному использованию диагностических критериев шизофрении посредством использования активного и интерактивного методов.

Пособие соответствует учебным программам ординатуры по теме “Шизофрения” по специальностям:

- 31.08.20 “Психиатрия”,
- 31.08.24 “Судебно-психиатрическая экспертиза”,
- 31.08.21 “Психиатрия-наркология”,
- 31.08.22 “Психотерапия” по теме “Шизофрения”.

ПОНЯТИЕ ШИЗОФРЕНИИ

В МКБ-10 *шизофрения* трактуется как психическое расстройство с фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом.

В действующей американской классификации DSM-IV в качестве обязательных для диагностики шизофрении вводятся параметры длительности психоза (не менее 6 месяцев) и снижение уровня социального и профессионального функционирования.

Современные британские клинические рекомендации определяют шизофрению как расстройство (или группу расстройств), при котором изменяется восприятие, мышление, аффект, поведение и развиваются позитивные (галлюцинации и бред) и/или негативные (эмоциональная тупость, обеднение речи, отсутствие побуждений, социальная отгороженность и пренебрежение собственными нуждами) симптомы, причем соотношение наличия и выраженности этих симптомов у отдельных больных может существенно отличаться (National Collaborating Centre for mental Health, 2003).

Отечественные и зарубежные исследователи дают следующие определения шизофрении:

- заболевание, протекающее с психотическими симптомами, которые значительно нарушают поведение больного, изменяют его мышление, эмоциональные реакции и восприятие окружающего (Kaplan H., Sadok B., 1996);
- клинический синдром, характеризующийся разнообразной и тяжелой психопатологической симптоматикой, включающий в себя нарушения мышления, восприятий, эмоций, двигательной сферы и поведения;

хотя выраженность симптоматики может существенно различаться у отдельных индивидуумов и меняться в течение жизни, суммарный эффект заболевания имеет, как правило, длительный и разрушительный для личности характер (Buchanan R.W., Carpenter W.T., 2000);

- прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов, с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижением энергетического потенциала, прогрессирующей интровертированностью, эмоциональным оскудением) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (Снежневский А.В., 1983);
- психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменению личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированности (Тиганов А.С., 1999);
- группа распространенных психотических расстройств, характеризующихся утратой единства психических процессов, связи между мышлением, контактов с окружающей действительностью и эмоциональным откликом на происходящие события, с неблагоприятными медицинскими и социальными последствиями (Гофман А.Г., 2006);
- совокупность психических и поведенческих феноменов, клинический синдром. Его проявления могут включать аномальное восприятие в форме галлюцинаций; отклоняющиеся от нормы заключения и суждения, приводящие к экстраординарным убеждениям и бре-

довым интерпретациям; искажение мыслительных процессов, которые обнаруживаются в форме речевых нарушений; необычные, часто ограниченные эмоции; сниженную мотивационную активность; выраженные когнитивные проблемы, особенно касающиеся памяти и исполнительских функций; кажущееся странным поведение, объяснимое только в контексте необычных переживаний, и нарушения контролирующих систем (Andreasen N., 1995);

- группа болезней, объединенных основным свойством расщепления психической деятельности и вызванных множеством биологических и психологических причин (Хелл Д., Фишер-Фельтен М., 1998).

Несмотря на различие в формулировках, во всех определениях шизофрении представлен спектр психических расстройств, типичных для заболевания и затрагивающих все сферы психической деятельности – мышление, эмоции, память и поведение. Также подчеркивается хронический (рецидивирующий или непрерывный), но неблагоприятный в целом вариант течения заболевания, снижение в той или иной степени уровня социального функционирования, вплоть до дезадаптации и инвалидизации больного.

Контрольные вопросы

1. Определение шизофрении в МКБ-10.
2. Обязательные параметры для диагностики шизофрении в DSM-IV.
3. Определение шизофренического расстройства в современных британских клинических рекомендациях по шизофрении.
4. Отечественные подходы к определению шизофрении.

РАЗВИТИЕ КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Отдельные клинические формы шизофрении описывали в свое время разные авторы. Немецкий психиатр K.L. Kahlbaum (1828–1899) ввел понятие кататонии, другой немецкий психиатр Е. Necker (1843–1909) – гебефрении. Бельгийский психиатр В.А. Morel (1809–1873) предложил термин “раннее слабоумие” (*démence précoce*), обозначая катастрофический исход процесса, начавшегося в юном возрасте.

Появлением шизофрении как нозологической единицы психиатрии обязана немецкому психиатру Е. Kraepelin (1856–1926), который объединил ряд ранее отдельно рассматривавшихся психических расстройств термином “раннее слабоумие” (*dementia praecox*) и выделил основные клинические формы заболевания.

Е. Bleurer (1857–1939) на основе многолетних наблюдений показал, что выделенная нозологическая единица не является ни ранним (поскольку может начинаться и в зрелом возрасте), ни слабоумием (поскольку не обязательно завершается деменцией). Он предложил термин шизофрения, исходя из того, что заболевание характеризуется расщеплением психических процессов (схизисом), утратой функциональной взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением. К обязательным диагностическим критериям шизофрении Е. Bleurer отнес нарушения ассоциаций, изменения аффекта, амбивалентность, аутизм (четыре “а”).

Немецкий философ, психолог, психиатр К. Jaspers (1883–1969) выделил 2 класса бредовых идей. Нешизофренические бредовые (бредоподобные) – идеи, которые психологически понятным образом выводятся из аффекта или других переживаний. Шизофренические бредовые (истинные) – идеи, психологически не выводимые из аффекта или других переживаний, неадекватные аффекту.

Норвежский психиатр Г. Лангфельд (1939) выделил 2 группы болезненных состояний: “процессуальную” или “ядерную” шизофрению с постепенным началом и прогрессивным течением и “реактивную” группу – с более высоким уровнем социального функционирования до начала психоза. В случае реактивных состояний расстройство начиналось остро, провоцировалось стрессом; прогноз при этих состояниях был более благоприятен. Подобные психозы были отделены от “истинной” шизофрении и получили название шизофреноформных психозов.

Немецкий психиатр К. Schneider (1887–1967) выделил симптомы первого ранга шизофрении – псевдогаллюцинации, слуховые галлюцинации в форме диалогов; слуховые галлюцинации комментирующего характера; ощущение воздействия извне; открытость мыслей; чувство отнятия мыслей и передачи их на расстояние; идеи воздействия. К симптомам второго ранга шизофрении были отнесены другие типы галлюцинаций, растерянность, аффективные расстройства.

Английский психиатр Т. Crow (1980) разделил шизофрению на 2 типа. Первый тип – шизофрения с обратимыми галлюцинаторно-параноидными проявлениями, формальными расстройствами мышления и положительным ответом на терапию; второй тип – шизофрения с необратимыми дефицитарными нарушениями (уплощенным аффектом, социальной изоляцией, обедненным содержанием мышления).

Контрольные вопросы

1. Вклад К. Кальбаума, Е. Геккера и Б. Мореля в развитие представлений о шизофрении.
2. Нозологическая единица “раннее слабоумие” (dementia praecox).
3. Понятие схизиса.
4. Облигатные диагностические критерии шизофрении, выделенные Э. Блейлером.

5. Истинные шизофренические идеи и бредоподобные идеи в трактовке К. Ясперса.
6. Понятие шизофреноформного психоза.
7. Симптомы первого и второго ранга шизофрении, предложенные К. Шнайдером.
8. Типы шизофрении по степени курабельности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ

В мире насчитывается около 40 млн человек, страдающих шизофренией. Распространенность шизофрении составляет от 5 до 10 случаев на 1000 населения. Ежегодно диагностируется примерно 1 новый случай шизофрении на 1000 населения. Данный показатель устойчив и не зависит от национальности или расы. Женщины и мужчины одинаково подвержены расстройству.

Начало заболевания, как правило, приходится на возраст до 30 лет. Шизофрения в 80% случаев манифестирует до 40-летнего возраста. В отличие от мужчин, женщины заболевают на 3–4 года позже. У мужчин чаще отмечается тяжелое течение заболевания и плохая переносимость психофармакотерапии. К поздней шизофрении относят случаи заболевания после 40 лет, к старческой – после 60 лет.

Больные шизофренией диспропорционально преобладают в крупных городах, низших социально-экономических слоях общества и среди лиц с более низким уровнем образования. Соотношение городских жителей к сельским составляет 2:1.

Заболевают шизофренией достоверно чаще одинокие, чем состоящие в браке. По данным литературы, шизофрения у холостых мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женатых. Среди состоявших в браке пациентов, страдающих шизофренией, частота разводов выше, чем в населении в целом.

Больные шизофренией умирают в более молодом возрасте. Пациенты имеют достоверно более высокую смертность от соматических заболеваний, в первую очередь, от различного рода инфекций. У пациентов, страдающих шизофренией, высокий риск суицида – при длительности процесса более 20 лет примерно половина больных предпринимает попытки самоубийства, у 10% они оказываются успешными.

Порядка 47% больных шизофренией злоупотребляют психоактивными веществами, что создает определенные проблемы при их ведении. Такие пациенты чаще требуют оказания неотложной медицинской помощи и совершают действия криминального характера.

Контрольные вопросы

1. Распространенность шизофрении.
2. Заболеваемость шизофренией.
3. Гендерные особенности шизофрении.
4. Возраст начала заболевания.
5. Влияние социальных факторов на эпидемиологию шизофрении.
6. Суицидальный риск у больных шизофренией.
7. Коморбидность шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ

Этиология шизофрении неизвестна. Не установлены факторы, являющиеся необходимыми и достаточными для возникновения шизофренического расстройства. Согласно модели стресс-диатеза, для возникновения заболевания необходимо наличие и специфическая уязвимость индивидуума (диатез) и действие стрессора окружающей среды. Стрессор может иметь биологическую или психосоциальную природу. Шизофренический диатез может быть обусловлен биологически (генетическая предрасположенность), а также сформирован как биологическими факторами, так и социальными. В 75% случаев не выявляются внешние пусковые механизмы.

Генетический фактор обуславливает уязвимость к шизофрении. Среди пациентов часто отмечается семейная предрасположенность к шизофреническим расстройствам. Риск заболеть прямо пропорционален степени родства и количеству больных в роду. Установлено, что если больны шизофренией оба родителя, то риск заболевания у ребенка составляет 50%, если болен один из них — 5%. У родственников больных шизофренией 1-й степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем в популяции. В то же время, конкордантность шизофрении у однояйцевых близнецов порядка 50%. Считается, что наследуется не болезнь, а предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики.

Наиболее известной нейрохимической гипотезой является концепция гиперактивности дофаминовых систем при шизофрении. Препараты, блокирующие в эксперименте дофаминовые рецепторы, наиболее эффективны в купировании шизофренической симптоматики. Установлено, что избыток дофамина в центральных областях головного мозга обуславливает продуктивные расстройства при шизофрении,

тогда как дефицит дофамина в лобных долях – негативную симптоматику.

Нейроморфологические исследования выявляют диффузные, неспецифические дегенеративные изменения в передних лимбических отделах мозга и базальных ганглиях. У 5–50% больных шизофренией отмечается расширение боковых и третьего желудочка, у 10–35% – атрофия коры головного мозга. Результаты ЭЭГ указывают на то, что повышенная чувствительность больных шизофренией к сенсорной стимуляции сопровождается торможением переработки информации на высшем корковом уровне.

Психоаналитическая гипотеза происхождения шизофрении связана с представлениями о симптомах как попытке компенсации неудовлетворенных желаний и нарушенных отношений. Исходя из психоаналитических концепций, этиологическим фактором шизофрении считают дефицитарные отношения с родительскими фигурами в раннем детском возрасте. Результатом этих отношений является невозможность своевременного выхода из симбиотических отношений (как правило, с матерью), сопровождающихся недостаточной самостоятельностью, низким уровнем самооценки и коммуникативными нарушениями.

На данный момент шизофрения считается полиэтиологичным заболеванием, на течение которого оказывают влияние психосоциальные и другие факторы.

Контрольные вопросы

1. Теория стресс-диатеза при шизофрении.
2. Генетическая концепция шизофрении.
3. Нейрохимическая теория шизофрении.
4. Нейроморфологическая теория шизофрении.
5. Психоаналитическая концепция шизофрении.
6. Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении.

КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Классификация шизофрении в соответствии с МКБ-10:

- параноидная шизофрения;
- гебефренная шизофрения;
- кататоническая шизофрения;
- недифференцированная шизофрения;
- постшизофреническая депрессия;
- резидуальная шизофрения;
- простая шизофрения;
- другие формы шизофрении;
- шизофрения неуточненная.

Исследованием закономерностей развития шизофрении занимался А.В. Снежневский. По результатам его исследований были выделены 3 основные формы течения шизофрении: непрерывнотекущая, рекуррентная (периодическая) и приступообразно-прогредиентная с разной степенью прогредиентности (грубо-, средне- и малопрогредиентная).

К непрерывнотекущей шизофрении были отнесены случаи заболевания с постепенным поступательным развитием болезненного процесса и четким разграничением его клинических разновидностей по степени прогредиентности – от вялого с нерезко выраженными изменениями личности до грубопрогредиентного с выраженностью как позитивных, так и негативных симптомов.

Для приступообразного течения, отличающего рекуррентную, или периодическую, шизофрению, характерно наличие фазности в развитии болезни с возникновением отчетливых приступов, что сближает эту форму заболевания с маниакально-депрессивным психозом, тем более что аффективные расстройства занимают значительное место в картине приступов, а изменения личности выражены нерезко.

Промежуточное место между указанными типами течения занимают случаи, когда при наличии непрерывнотекущего болезненного процесса с неврозоподобными, паранойяльными, психопатоподобными расстройствами отмечается появление приступов, клиническая картина которых определяется синдромами, сходными с приступами рекуррентной шизофрении или с состояниями иной психопатологической структуры, свойственными приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Приведенная классификация форм течения шизофрении отражает противоположные тенденции в развитии болезненного процесса – благоприятную с характерной приступообразностью и неблагоприятную со свойственной ей непрерывностью. Эти две тенденции наиболее четко выражены в типичных вариантах непрерывнотекущей и периодической (рекуррентной) шизофрении, но между ними существует множество переходных вариантов, создающих континуум течения болезни, что необходимо учитывать в клинической практике.

Классификация шизофрении по формам течения

Непрерывнотекущая шизофрения:

- Злокачественная юношеская шизофрения:
 - простая шизофрения;
 - гебефреническая шизофрения;
 - кататоническая шизофрения;
 - параноидная юношеская шизофрения.
- Параноидная шизофрения:
 - бредовой вариант параноидной шизофрении;
 - галлюцинаторный вариант параноидной шизофрении;
 - вялотекущая параноидная шизофрения.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения:

- злокачественная приступообразно-прогредиентная шизофрения;

- близкая к параноидной приступообразно-прогредиентная шизофрения;
- близкая к вялотекущей приступообразно-прогредиентная шизофрения.

Рекуррентная шизофрения:

- рекуррентная шизофрения с разными видами приступов;
- рекуррентная шизофрения с однотипными приступами.

Особые формы шизофрении:

- вялотекущая шизофрения;
- атипичный затяжной пубертатный приступ;
- паранойяльная шизофрения;
- фебрильная шизофрения.

Отечественная классификация шизофрении по клиническим формам

1. Гебефреническая форма (преобладают негативные и гебефренические расстройства, протекает непрерывно, отличается злокачественностью).
2. Простая форма (преобладают негативные расстройства, протекает непрерывно, характеризуется малой прогредиентностью).
3. Параноидная форма (отмечаются негативные и продуктивные симптомы, течение – непрерывное или приступообразное, прогредиентность – средняя).
4. Циркулярная форма (сочетаются негативные и аффективно-бредовые расстройства, течение – приступообразно-прогредиентное или периодическое).
5. Кататоническая форма (имеются негативные и кататонические расстройства, тип течения – периодический (рекуррентный)).
6. Недифференцированная форма (атипическая).

Контрольные вопросы

1. Классификация шизофрении в соответствии с МКБ-10.
2. Отечественная классификация шизофрении по типу течения.
3. Отечественная классификация шизофрении по клиническим формам.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Наиболее часто (44%) встречающийся у пациентов в преморбидный период тип личности – шизоидный, отличается замкнутостью, низкой эмпатией, слабой интуицией, мечтательностью, погруженностью в себя. Пациенты мужского пола до начала заболевания нередко обнаруживают когнитивные нарушения и повышенную конфликтность.

При шизофрении выделяют негативные (дефицитарные) и позитивные (продуктивные) симптомы.

К *негативным симптомам* относят: структурные расстройства мышления (разорванность, резонерство, разноплановость); симптомы качественного искажения эмоций; расстройства воли (амбивалентность, амбитендентность, гипобулию, негативизм); расстройства личности (аутизм, снижение энергетического потенциала).

Позитивные расстройства: галлюцинаторно-бредовые проявления; кататонические явления; гебефреническая симптоматика; аффективно-бредовые расстройства.

Основные клинические проявления шизофрении:

- *бред*: идеи воздействия, преследования, отношения, отравления; магически-мистический бред;
- *галлюцинации*: слуховые обманы восприятия, комментирующие, ведущие диалог, императивного характера; галлюцинации другого типа – элементарные/простые слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, висцеральные; озвучивание собственных мыслей;
- *нарушения структуры Я*: деперсонализация, дереализация, ощущение раздвоенности;
- *нарушения мышления*: аморфность, обрывы мыслей, неологизмы, слияние понятий, паралогика, символическое мышление, магическое мышление;
- *расстройства аффекта*: снижение эмоционального реагирования, неадекватные эмоциональные реак-

- ции, сниженная способность распознавать эмоции других людей и выражать собственные чувства;
- *кататонические симптомы*: ступор, мутизм, возбуждение, негативизм, эхолалии, эхопраксии, двигательные стереотипии, вербигации, сохранение определенных положений тела;
 - *волевые расстройства*: снижение интересов, апатия, безынициативность;
 - *нарушения социального поведения*: замкнутость, вплоть до полной изоляции.

Психопатологические синдромы в клинике шизофрении

Паранойяльный синдром – психопатологическое состояние, при котором доминирует первичный систематизируемый бред, развивающийся при ясном сознании. Это бредовое состояние (острое или хроническое).

Структура паранойяльного синдрома:

- 1) интерпретативный бред;
- 2) стеничность;
- 3) гипермнезия;
- 4) аффективная напряженность;
- 5) обстоятельность мышления;
- 6) повышенная самооценка.

Нередко этим термином обозначают *сверхценные идеи* – мысли, возникающие под влиянием действительных обстоятельств, но благодаря сильной аффективной окраске получающие в сознании на длительное время не соответствующие их значению преобладающее положение.

Параноидный синдром – состояние бреда с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов и/или вербальных галлюцинаций. Наиболее часто в структуре параноидного синдрома встречается бред преследования.

Парафренный синдром – сочетание экспансивного бреда с бредом преследования, слуховыми галлюцинациями и/или психическими автоматизмами, измененным аффектом

(фантастически-параноидный синдром). Преобладают идеи величия, богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения. Сочетается с бредом преследования, отравления, физического уничтожения. Больные обвиняют лиц высокого социального происхождения, различные организации государственной власти, международные организации. Больной считает, что находится в центре необычных, а подчас и грандиозных событий.

Синдром Кандинского–Клерамбо (синдром психических автоматизмов) – отчуждение или утрата принадлежности своему *Я* собственных психических процессов (мыслительных, чувственных, двигательных), сочетающихся с ощущением влияния посторонней силы; сопровождается бредом психического и/или физического воздействия.

К ассоциативным (идеаторным) автоматизмам относятся наплывы мыслей, обрывы мыслей, открытость мыслей, эхо-мысли, “передачу мыслей”, “телепатическое мысленное общение”. Данные феномены представляют собой психические галлюцинации. Озвучивание психических галлюцинаций, превращение во “внутренние голоса” свидетельствует о возникновении псевдогаллюцинаций. Ассоциативными автоматизмами также являются “сделанные”, “навязанные” мысли, представления, сновидения, воспоминания.

Сенсорные автоматизмы – возникновение, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне.

Двигательные автоматизмы – убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы.

Синдром Кангра – ложное узнавание людей, предметов, окружающей обстановки (иллюзии двойников). Окружающих людей считают родственниками, знакомыми. Присутствует бредовое убеждение в том, что узнанные люди появились неспроста и их присутствие имеет скрытый смысл. По мнению больного, незнакомые люди представляются родными и знакомыми или знакомые являются чужими, добившимися

сходства с близкими. Больные могут быть убеждены, что ряд лиц способен к полному и моральному перевоплощению. У пациента всегда существует система доказательств, обосновывающая такие превращения.

Галлюцинаторно-параноидный синдром – это расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

Кататонический синдром (кататония) – симптомокомплекс психических расстройств, сопровождающихся двигательными нарушениями в виде акинеза (кататонического ступора), или гиперкинеза (кататонического возбуждения).

При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных, затем переходит на шейные и затылочные мышцы, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук и в последнюю очередь – на мышцы ног. Повышенный тонус сопровождается способностью сохранять приданное членам положение (восковая гибкость) – симптом воздушной подушки, пассивная подчиняемость. Обездвиженность значительно ослабевает или даже полностью исчезает в ночное время.

В рамках кататонического синдрома встречаются негативизм (немотивированное противодействие словам и действиям лиц, вступающим в контакт с больным) и мутизм (отсутствие речевого общения с окружающими при сохранности речевого аппарата).

Кататонический синдром может протекать без помрачений сознания – это *люцидная* кататония. В случае, если кататонии сопутствуют измененный аффект, галлюцинации, в том числе психические автоматизмы, бред, состояния измененного сознания – это *онейроидная* кататония.

Гебефренический синдром – сочетание двигательного и речевого возбуждения с дурашливостью и измененным аффектом. Двигательное возбуждение сопровождается паясничаньем, кривлянием, гримасничаньем, шутовским копированием поступков и слов окружающих. Больные то

веселы, то начинают рыдать, то становятся напряженными и злобными.

Клиническая картина при разных формах шизофрении:

- *галлюцинаторно-параноидная форма шизофрении:* характерны бред и галлюцинации, другие симптомы менее существенны, либо отсутствуют вообще;
- *кататоническая форма шизофрении:* отмечаются двигательные расстройства в виде ступора или возбуждения, диагностируется в 4–8% случаев;
- *гебефреническая форма шизофрении:* имеются расстройства аффекта, нарушения мышления, поведенческие расстройства, возникает в юношеском возрасте;
- *простая форма шизофрении:* проявляется негативной симптоматикой, продуктивная симптоматика отсутствует;
- *резидуальная шизофрения:* характерны изменения личности, в частности снижение побуждений и социальная изоляция.

Контрольные вопросы

1. Преморбидный период больных шизофренией.
2. Негативные симптомы шизофрении.
3. Позитивные симптомы шизофрении.
4. Основные клинические проявления шизофрении.
5. Психопатологические синдромы в клинике шизофрении.
6. Клиническая картина галлюцинаторно-параноидной формы шизофрении.
7. Клиническая картина кататонической формы шизофрении.
8. Клиническая картина гебефренической формы шизофрении.
9. Клиническая картина простой формы шизофрении.
10. Клиническая картина резидуальной шизофрении.

ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Для диагностики шизофренического расстройства определен 30-дневный период наблюдения при сохраняющейся типичной симптоматике. Исключаются продромальные состояния, изолированные симптомы (например, инкапсулированный бред без влияния на социальное или иное функционирование).

В соответствии с DSM-IV основанием для диагностики шизофрении являются:

- нарушения функционирования в таких сферах, как работа, социальные отношения, забота о самом себе, которые становятся заметно ниже достигнутого уровня до начала заболевания;
- невозможность достичь ожидаемого уровня развития с нарушениями в более чем одной сфере социального функционирования при начале заболевания в детском или подростковом возрасте.

Диагностические критерии шизофрении (МКБ-10):

- открытость мыслей;
- бред, бредовое восприятие;
- галлюцинации;
- обрывы мыслей, которые могут привести к разорванности или нецелесообразности в речи, неологизмы;
- кататонические расстройства – возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- “негативные” симптомы – выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности;

- значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

/F20.0/ Параноидная шизофрения

Это наиболее часто встречающаяся в мире форма шизофрении. Клиническая картина характеризуется относительно стабильным, часто параноидным, бредом, обычно сопровождающимся галлюцинациями, особенно слуховыми расстройствами восприятия. Расстройство эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены.

Примеры наиболее часто встречающихся параноидных симптомов:

- а) бред преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности;
- б) галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, как-то свист, смех, гудение;
- в) обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения. Могут возникать зрительные галлюцинации, но они редко выступают как основной симптом.

В острых стадиях могут быть выраженными расстройства мышления, которые препятствуют отчетливому присутствию типичных бредовых или галлюцинаторных расстройств. Аффект менее изменен, чем при других формах шизофрении, но обычны некоторая эмоциональная неадекватность и расстройства настроения, такие как раздражительность, внезапный гнев, страхи и подозрительность. Присутствуют, но не являются ведущими в клинической картине, “негативные” симптомы, такие как эмоциональная сглаженность и измененные волевые функции.

Течение параноидной психозфрени может быть эпизодическим (приступообразным), код – F20.01х, или хроническим (непрерывным), код – F20.00х. В последнем случае яркие симптомы продолжаются в течение ряда лет и иногда трудно вычленишь дискретные эпизоды.

Диагностические указания

Должны выявляться общие критерии психозфрени (F20.xxx). Необходимо установить наличие выраженных галлюцинаций и/или бреда, изменение эмоций, воли и речи, кататонические симптомы мало выражены. Как правило, галлюцинации соответствуют приведенным выше критериям б) и в). Бредовые расстройства могут быть разнообразными, но наиболее характерным является бред воздействия и преследования.

Включаются:

- парафреническая психозфрени;
- параноидная психозфрени с синдромом Кандинского–Клерамбо (галлюцинаторный и бредовой варианты);
- параноидная психозфрени с приступообразно-прогредиентным течением.

Исключаются:

- конечные состояния при параноидной психозфрени (F20.5xx);
- ранняя параноидная психозфрени (со злокачественным течением) (F20.3xx);
- паранойя (F22.01);
- паранойяльная психозфрени с сензитивным бредом отношений (F22.03);
- паранойяльная психозфрени (F22.82);
- инволюционное параноидное состояние (F22.81).

/F20.1/ Гебефреническая (гебефреническая) психозфрени

Форма психозфрени, при которой выражены эмоциональные изменения, отмечаются фрагментарность и нестойкость бреда и галлюцинаций, безответственное и непредсказуемое

поведение, часто встречается манерность. Аффект неглубокий и неадекватный, часто сопровождается хихиканьем, самодовольством, самопоглощенной улыбкой, величественными манерами, гримасами, манерностью, проказами, ипохондрическими жалобами и повторяющимися выражениями. Мышление дезорганизовано, речь разорвана. Имеется тенденция к изоляции, поведение бесцельное и лишено эмоциональной окраски. Эта форма шизофрении обычно начинается в возрасте 15–25 лет и имеет плохой прогноз из-за быстрого развития “негативных” симптомов, особенно из-за уплощенного аффекта и утраты побуждений.

Выражены нарушения эмоциональной сферы и побуждений, расстройство мышления. Могут присутствовать галлюцинации и бред, но они не являются ведущим симптомом. Влечение и решительность утрачены, цели потеряны и, таким образом, поведение больного становится бесцельным и бессмысленным. Поверхностное и манерное увлечение религией, философией и другими абстрактными теориями создают трудности в том, чтобы следить за мыслью больного.

Следует отметить

Течение гебефренической шизофрении может быть эпизодическим (приступообразно-прогредиентным) (F20.11x) и хроническим непрерывным (F20.10x).

Диагностические указания

Должны быть выявлены проявления, соответствующие общим критериям диагноза шизофрении (F20.xxx). Обычно гебефрения впервые диагностируется в подростковом или юношеском возрасте. В преморбидном периоде такие больные чаще всего застенчивы и одиноки. Для достоверного диагноза гебефрении необходимо наблюдение за больным в течение 2–3-х месяцев, на протяжении которых сохраняется вышеописанное поведение.

Включаются:

- дезорганизованная шизофрения;
- злокачественная шизофрения;
- гебефрения.

Исключаются:

- конечные состояния при злокачественной шизофрении (F20.5xx).

/F20.2/ Кататоническая шизофрения

Обязательными и доминирующими при этой форме шизофрении являются психомоторные расстройства, которые могут варьировать в крайних вариантах от гиперкинезов до ступора, или от автоматического подчинения до негативизма. Вынужденные позы могут сохраняться в течение длительного времени. Важным признаком состояния могут быть эпизоды агрессивного поведения.

Следует отметить

Данное описание относится к люцидной кататонии как варианту злокачественной шизофрении с непрерывным (F20.20x) или приступообразно-прогредиентным (F20.21x) течением.

Кататонические феномены могут сочетаться с грезоподобным (онейроидным) состоянием с яркими сценopodobными галлюцинациями.

Следует отметить

Данное описание относится к онейроидной кататонии, встречающейся при приступообразной (рекуррентной) шизофрении (F20.23x).

Диагностические указания

Должны быть выявлены проявления, соответствующие общим критериям диагноза шизофрении (F20.xxx). Изолированные кататонические симптомы могут возникать транзиторно в контексте любой формы шизофрении. Для диагноза кататонической шизофрении необходимо выявить в клинической картине следующие формы поведения:

- а) ступор (снижение реакции на окружающее, спонтанные движения и активность) или мутизм;
- б) возбуждение (недобровольная моторная активность, не подвластная внешним стимулам);

- в) застывания (добровольное принятие и удерживание неадекватной или вычурной позы);
- г) негативизм (бессмысленное сопротивление или движение в противоположном направлении в ответ на все инструкции или попытки изменить позу или сдвинуть с места);
- д) ригидность (удерживание ригидной позы в ответ на попытку изменить ее);
- е) восковая гибкость (удерживание частей тела в приданном им положении);
- ж) другие симптомы, такие как автоматическая подчиняемость и персеверация.

Необходимо иметь в виду, что кататонические симптомы не имеют диагностического значения для шизофрении. Они могут также быть спровоцированы болезнями мозга, метаболическими заболеваниями, алкоголем или лекарственными препаратами, а также возникать при аффективных расстройствах.

Включаются:

- люцидная кататония;
- онейроидная кататония;
- кататонический ступор;
- кататоническое возбуждение;
- шизофреническая каталепсия;
- шизофреническая кататония;
- шизофреническая восковая гибкость.

/F20.3/ Недифференцированная шизофрения

Должны быть выявлены проявления, соответствующие общим критериям диагноза шизофрении (F20.xxx), однако клиническая картина не укладывается ни в одну из вышеупомянутых групп или обнаруживает признаки нескольких подтипов без отчетливого доминирования свойственных одному из них диагностических характеристик. Эта рубрикация должна использоваться только для психотических состояний (резидуальная шизофрения или постшизофрени-

ческая депрессия не должны включаться) и только после того, как была попытка квалифицировать состояние как одну из 3 предшествующих категорий.

Следует отметить

Этот код включает полиморфные кататонно-галлюцинаторные полиморфные бредовые и другие полиморфные психотические состояния.

Диагностические указания

Этот подтип должен быть отведен для тех расстройств, которые:

- а) отвечают общим критериям шизофрении;
- б) не подходят к критериям параноидной, гебефренной или кататонической шизофрении;
- в) не отвечают критериям резидуальной шизофрении или постшизофренической депрессии.

Включаются:

- ранняя параноидная (злокачественная) шизофрения;
- атипичная шизофрения.

Исключаются:

- острое шизофреноформное психотическое расстройство (F23.2х);
- хроническая недифференцированная шизофрения (F20.5хх);
- конечные состояния при злокачественной шизофрении (F20.5хх).

/F20.4/ Постшизофреническая депрессия

Депрессивный эпизод, который может быть продолжительным и возникает как последствие шизофрении. Некоторые шизофренические симптомы должны сохраняться, но они уже не доминируют в клинической картине. Эти сохраняющиеся шизофренические симптомы могут быть позитивными или негативными, хотя последние встречаются чаще. Пока не установлено, и в целом не является существенным для диагноза – были ли депрессивные симптомы лишь приоткрыты в результате разрешения более ранних

психотических симптомов или это новая симптоматика, присутствуют ли они шизофрении или являются психологической реакцией на нее. Такие состояния недостаточно глубоки, чтоб отвечать критериям тяжелого депрессивного эпизода (F32.2 и F32.3x). Часто невозможно решить какие симптомы связаны с депрессией, а какие с нейролептической терапией либо с нарушенными побуждениями и уплощенным аффектом при шизофрении. Такие депрессивные состояния связаны с повышенным суицидальным риском.

Следует отметить

Данный вариант рассматривается как этап в динамике приступообразной шизофрении, развивающийся после психотического приступа (F20.42x).

Диагностические указания

Диагноз устанавливается только в случаях, когда:

- а) у больного определяются общие критерии шизофрении (F20.xxx);
- б) некоторые шизофренические симптомы продолжают присутствовать;
- в) депрессивные симптомы являются ведущими в клинической картине, отвечают критериям депрессивного эпизода (F32.xx) и присутствуют по крайней мере в течение 2 недель.

/F20.5/ Остаточная шизофрения

Хроническая стадия в течении шизофрении, при которой наблюдается отчетливый переход от ранней стадии (состоящей из одного или более эпизодов с психотической симптоматикой, отвечающей общим критериям шизофрении) к последующей, характеризующейся длительно сохраняющимися, хотя и необязательно необратимыми негативными симптомами.

Следует отметить

Данный код соответствует понятию стойкого шизофренического дефекта, включающего и конечное состояние при шизофрении.

Диагностические указания

Для достоверного диагноза необходимы следующие критерии:

- а) отчетливые негативные шизофренические симптомы, то есть психомоторное замедление, сниженная активность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи как по содержанию, так и по количеству; подавленность невербальной коммуникативности (снижение мимики, контактности во взгляде, модуляции голоса и позы); недостаточность навыков самообслуживания и социальной продуктивности;
- б) наличие в прошлом хотя бы одного отчетливого психотического эпизода, отвечающего критериям шизофрении;
- в) наличие периода, хотя бы в 1 год, при котором интенсивность и частота ярких симптомов (бреда, галлюцинаций) были бы или минимальными, или значительно редуцированными при наличии негативных шизофренических симптомов;
- г) отсутствие деменции или другой мозговой патологии; отсутствие хронической депрессии или госпитализма, которые могли бы объяснить наличие негативных нарушений.

Если предшествующий анамнез получить невозможно, вследствие чего нельзя выяснить были ли критерии, отвечающие диагнозу шизофрении, то условный диагноз может быть резидуальная шизофрения.

Включаются:

- хроническая недифференцированная шизофрения;
- конечные состояния при хронической (злокачественной и параноидной) шизофрении;
- шизофреническое резидуальное состояние.

/F20.6/ Простой тип шизофрении

Нечастое расстройство, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать социальным нормам, снижение общей продуктивности. Бредовые расстройства и галлюцинации не отмечаются, и расстройство имеет не столь отчетливый психотический характер, как гебефренная, параноидная и кататоническая формы шизофрении. Характерные негативные признаки резидуальной шизофрении (то есть уплощение аффекта, утрата побуждений и так далее) развиваются без предшествующих отчетливых психотических симптомов. При нарастающих проявлениях социальной отстраненности, может иметь место бродяжничество. Больной становится самопоглощенным, апатичным, безынициативным.

Следует отметить

В данной рубрике рассматривается простой тип шизофрении как вариант непрерывнотекущей злокачественной шизофрении (F20.60x).

Диагностические указания

Диагноз простой шизофрении ставится при наличии прогрессирующего развития заболевания с характерными негативными симптомами шизофрении без выраженных галлюцинаторных, бредовых и кататонических проявлений и при существенных изменениях поведения, проявляющихся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

Включаются:

- простой вариант злокачественной шизофрении;
- симплекс-шизофрения.

Исключается:

- “бедная симптомами” шизофрения (F21.5).

/F20.8/ Другой тип шизофрении

Включаются:

- ипохондрическая шизофрения;

- сенестопатическая шизофрения;
- детский тип шизофрении;
- шизофреноформный психоз без диагностических указаний;
- шизофреноформные расстройства без диагностических указаний.

Исключаются:

- острое шизофреноподобное расстройство (F23.2x);
- циркулярная шизофрения (F25.22);
- поздняя парафрения (F22.02);
- латентная шизофрения (F21.1).

F20.8xx1 Ипохондрическая шизофрения

F20.8xx2 Сенестопатическая шизофрения

F20.8xx3 Детский тип шизофрении

Следует отметить

Диагностируются случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе возникающие в раннем детском возрасте случаи шизофрении с выраженным дефектом олигофреноподобного типа.

Исключается:

- шизофрения любого установленного типа (F20.0xx – F20.6xx), возникшая в детском возрасте.

F20.8xx4 Атипичные формы шизофрении

F20.8xx8 Шизофрения других установленных типов

Включаются:

- шизофреноформный психоз без диагностических указаний;
- шизофреноформные расстройства без диагностических указаний.

/F20.9/ Шизофрения неуточненная

Включается:

- шизофрения без диагностических указаний.

Согласно **DSM-IV-TR и DSM-V**, диагноз шизофрении ставится при удовлетворении следующих диагностических критериев:

- **(А) Характерные симптомы.** Два или более из нижеперечисленных, каждый в наличии на протяжении большей части месячного промежутка (или менее, если лечение прервало симптомы):
 - бредовые идеи;
 - галлюцинации;
 - дезорганизованная речь (например, частые скальзывания или непоследовательность; абстрактное содержание речи);
 - сильно дезорганизованное (например, неподобающий выбор одежды, частый плач) или кататоническое поведение;
 - негативные симптомы, в том числе плоскость аффекта (отсутствие или снижение яркости эмоциональных реакций), алогия (молчание или обеднение речи) или аволия (сниженная или отсутствующая мотивация).

Примечание: если бредовые идеи сочтены фантастическими или галлюцинации представляют собой один голос, комментирующий текущие действия пациента, или двое и более беседующих друг с другом голосов, достаточно наличия лишь одного этого симптома из всего вышеперечисленного. Критерий дезорганизации речи достаточен лишь тогда, когда это радикально нарушает коммуникацию с пациентом.

- **(В) Социальная/профессиональная дисфункция.** В течение существенной части времени с начала расстройства уровень достижений в сфере работы, отношений между людьми или ухода за собой гораздо

ниже, чем до заболевания, а если заболевание началось в детстве – неспособность достичь ожидаемого уровня в области отношений между людьми, работы или учебы.

- (С) **Длительность.** Симптомы длятся по крайней мере полгода. За этот период по крайней мере в течение 1 месяца симптомы удовлетворяют критерию (А) (активная фаза), а в остальное время (остаточная и продромальная фаза), наблюдаются негативные симптомы или же по крайней мере 2 из симптомов критерия (А) сохраняются в стертой, ослабленной форме (например, странные убеждения или необычный чувственный опыт).
- (D) Исключаются шизоаффективное расстройство и депрессивное или биполярное расстройство с психотическими признаками.
- (Е) Причина не в приеме наркотиков или лекарств и не в какой-то соматической болезни.
- (F) Если больной страдал аутизмом или другими отклонениями в развитии, для диагностики шизофрении необходимо, чтобы выраженный бред или галлюцинации продолжались по крайней мере 1 месяц (или меньше в случае успешного лечения).

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз требует тщательного обследования для исключения органической патологии при квалификации психического расстройства. Схожие клинические картины могут наблюдаться при опухолях, нарушениях мозгового кровообращения, эпилепсии, травмах головного мозга, употреблении психоактивных веществ и других соматических и неврологических расстройствах.

Дифференциальный диагноз шизофрении с аффективной патологией наиболее сложен. Согласно диагностическим указаниям МКБ-10, при сосуществовании шизофренической и аффективной симптоматики диагноз шизофрении

ставится, если психотические симптомы предшествовали по времени появлению аффективных расстройств. Если одновременно появились и те, и другие, устанавливается диагноз психотического расстройства.

Не стоит спешить с диагностикой психотической при отсутствии исчерпывающей клинической информации о пациенте и ограничиться менее стигматизирующим предварительным диагнозом аффективного психоза.

На определенных этапах и при некоторых клинических формах психотической может возникнуть необходимость дифференциальной диагностики с расстройствами личности. Психопатоподобные изменения при психотической определяются как личностный сдвиг, структура нарушений отличается большей грубостью и вычурностью проявлений.

Контрольные вопросы

1. Диагностические критерии психотической в соответствии с МКБ-10.
2. Установленный срок для диагностики психотического расстройства.
3. Диагностические критерии параноидной психотической в соответствии с МКБ-10.
4. Диагностические критерии гебефренической (гебефренической) психотической в соответствии с МКБ-10.
5. Диагностические критерии кататонической психотической в соответствии с МКБ-10.
6. Диагностические критерии недифференцированной психотической в соответствии с МКБ-10.
7. Диагностические критерии постпсихотической депрессии в соответствии с МКБ-10.
8. Диагностические критерии остаточной (резидуальной) психотической в соответствии с МКБ-10.

9. Диагностические критерии простой формы шизофрении в соответствии с МКБ-10.
10. Другие типы шизофрении шизофрении в соответствии с МКБ-10.
11. Диагностические критерии шизофрении в соответствии с DSM-IV-TR и DSM-V.
12. Дифференциальный диагноз шизофрении.

ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

После первого эпизода шизофрении возможны любые исходы. Некоторые пациенты полностью выздоравливают, у многих отмечаются рецидивы и ремиттирующее течение, также может иметь место тяжелое прогрессирующее инвалидизирующее расстройство.

Выделяют острейшее начало заболевания (в течение 1 недели), острое начало (в течение 4 недель), подострое начало (до 6 недель) и затяжное начало (более 6 месяцев).

Проявления продромального периода включают в себя отказ от прежних социальных ролей, нарушение общего функционирования, странности в поведении, эмоциональные изменения, трудности коммуникации, снижение побуждений, инициативы, интереса и энергии. Пациенты могут предъявлять жалобы на раздражительность, повышенную возбудимость, трудности восприятия информации.

Феномены предшествующей продромальной фазы у пациентов, как правило, выявляются ретроспективно. Длительность продромальной фазы может сильно колебаться, и время ее начала трудно установить. Считается, что чем дольше период, в течении которого болезнь достигает соответствия диагностическим критериям, тем хуже прогноз.

В течение шизофренического процесса можно выделить начальную стадию, стадию развития симптоматики и стадию исхода.

В МКБ-10 течение шизофренических расстройств классифицируется следующим образом:

- непрерывный тип течения;
- эпизодический тип течения с нарастающим дефектом;
- эпизодический тип течения со стабильным дефектом;
- эпизодический ремиттирующий тип течения.

В общей популяции больных шизофренией, по данным Н.М. Жарикова (1972), отдельные формы болезни распределяются следующим образом: непрерывнотекущая (в целом) – 56,0%, приступообразная – 44,0%. Среди непрерывнотекущих форм злокачественная составляет 6,5%, параноидная – 20,9%, вялотекущая и простая – 28,6%; среди приступообразных – приступообразно-прогредиентная – 24,9%, рекуррентная – 19,1%.

Особенности становления исходов шизофрении:

- чем дольше длится болезнь, тем реже выступают вспышки возбуждения (Краепелин Е., 1940);
- чем глубже дефицитарные проявления, тем реже встречаются фрагменты бывшей ранее процессуальной симптоматики (Полищук И.А., 1976);
- чем более прогредиентно протекает заболевание в целом, тем быстрее завершается стадия активно-прогредиентного развития (Штернберг Э.Я., 1981).

По данным литературы, выздоровление наблюдается в 20–29% случаев шизофрении, в 24–33% случаев – умеренно выраженный дефект, в 24–29% случаев – средне выраженный дефект и в 14–24% случаев – тяжелый дефект.

Повторные обострения в течение первых 2 лет после первого психотического эпизода наблюдаются в 40–60% случаев.

Дефект – сложный стойкий симптомокомплекс, появляющийся в процессе течения заболевания, объединяющий в себе: остаточные явления активного процесса, негативную, дефицитарную симптоматику, сохранившиеся качества личности и компенсаторные образования.

Таблица 1

Авторские классификации клинических типов шизофренического слабоумия (дефектных, исходных состояний)

Автор	Клинические типы шизофренического слабоумия (дефектных, исходных, конечных состояний)
Е. Краепелин (1898)	Простое, галлюцинаторное, параноидное слабоумие, слабоумие с разорванностью, тупое, дурашливое, манерничающее, негативистическое слабоумие

С.С. Корсаков (1901)	Апатическое и ажитированное слабоумие
Е. Bleuler (1911)	Простое слабоумие с речевой спутанностью, галлюцинаторное слабоумие, галлюцинаторное сумасшествие, параноидное, болтливое, тупое слабоумие
К. Schneider (1925)	Ступорозный тип слабоумия, аутистическо-мутический, тупой, манерный, негативистический, болтливый, спутанный, галлюцинаторный, стереотипный
В.В. Внуков (1934)	4 типа дефектных состояний: псевдоорганический, псевдопсихопатический, синдром соматической хрупкости и синдром патологической готовности сенсомоторных аппаратов
С. Leongard (1936)	Шизофреническое слабоумие разделено на следующие группы: параноидный дефект, дефект-шизофрения, дефект-гебефрения и дефект-кататония
А.О. Эдельштейн (1938)	4 типа исходных состояний: астеноабулический, органический, синдром дезинтеграции и синдром руинирования
Д.Е. Мелехов (1960)	Типы дефекта: астенический, органический, олигофренический, апатоабулический, тип дезорганизации активности, параноидный, эпилептический
А.Г. Амбрумова (1962)	Декомпенсированный тип дефекта (манерничающее, негативное слабоумие, синдром руинирования) и компенсированный тип дефекта
В.Н. Фаворина (1965)	2 типа конечных состояний: с кататоническими расстройствами и без кататонических расстройств
А.Л. Альтман (1971)	2 группы типов дефекта: случаи со специфически шизофренической локализацией процесса (простое отупение, отупение с неуждержимым нарушением влечений, тип с разорванным мышлением и отупением, тип с разорванным мышлением и выявлением влечений, кататонический маразм, негативистическая форма) и случаи с распространением процесса за пределы шизофренического регистра (органический тип руинирования, бредовогогаллюцинаторная форма)
И.А. Полищук (1976)	3 типа дефектных состояний: апатоабулический, органический и состояние полного психического распада

Типология дефекта при шизофрении

(Эдельштейн А.О., 1938):

- астенический тип;
- дефект типа фершробен;
- психопатоподобный тип;
- синдром монотонной активности и ригидности аффекта (гиперстенический тип);
- псевдоорганический тип;
- синдром инфантилизма (ювениализма);
- слабоумие при шизофрении (синдром руинирования).

Астенический тип дефекта (неврастеноподобный, чистый дефект, снижение энергетического потенциала, динамическое опустошение, первичная адинамия) определяется снижением энергетического потенциала и спонтанной активности, а также уровня целенаправленного мышления и эмоциональной отзывчивости. Структура астенического дефекта складывается из интеллектуального и эмоционального обеднения, нерезко выраженных расстройств мышления, сужения круга интересов.

Дефект типа фершробен характеризуется проявлением экспрессивной шизоидии. Завершающая динамика дефицитарных проявлений осуществляется за счет отрыва от реальности с нарастанием странностей, чудачества и нелепости в поведении.

Бедность контактов выступает в сочетании с вычурными, не согласующимися с нормами, нелепыми поступками с отрывом от действительности и прошлого опыта. Имеют место редукция сензитивности и ранимости, исчезновение склонности к внутреннему конфликту, угасание родственных чувств. Исчезают чувства такта, дистанции, юмора. Характерно снижение критичности и эмоциональное огрубение.

Познавательная деятельность сводится к использованию малозначимых, латентных свойств и отношений предметов, рассмотрению их в необычных аспектах и связях, употребле-

лению редких слов, неологизмов, склонности к вычурным выражениям. У пациентов выявляется тенденция к образованию сверхценных идей типа ипохондрии, реформаторства, собирательства. Особенностью является стойкость идей на фоне ригидности, вязкости и обстоятельности мышления.

Неухоженность, пренебрежение правилами личной гигиены выступают в контрасте с вычурностью прически и деталями туалета. Мимика больных – неестественна, манерна; моторика – диспластична и угловата. Нередко имеют место эйфоричность, шутки не к месту, пустая патетика, самодовольство, регрессивная синтонность.

При значительной глубине дефекта формально качество социально-трудовой адаптации может быть относительно высоким.

Психопатоподобный дефект характеризуется стойкостью и тотальностью психопатических проявлений, типологической сопоставимостью с конституциональными аномалиями, отсутствием признаков интеллектуального снижения, сохраняющейся активностью и социальной адаптацией.

К формированию дефекта по типу псевдопсихопатий предрасполагают следующие особенности течения шизофрении:

- приуроченность активных (манифестных) проявлений болезни к периодам возрастных кризов;
- малопрогредиентное течение эндогенного процесса;
- наличие в инициальном периоде шизофрении аффинитета к нарушениям психопатического круга.

Варианты постпроцессуального развития:

- 1) пациенты ведут себя как чуждые миру идеалисты, нелюдимые чудаки, равнодушные к судьбе родственников, с мировоззрением, подчиненным идеям духовного самоусовершенствования, отрешенные от суетных дел, с аутистическими увлечениями;
- 2) резидуальные состояния по типу зависимых личностей или психастенический тип ремиссии. Характерны сомнения, падение инициативы, потребность в постоянном побуждении, пассивная подчиняемость.

Дефект в виде синдрома монотонной активности и ригидности аффекта (гиперстенический тип). Больных отличает высокая трудоспособность, увлеченность, изобретательство, рационализаторство, профессиональная эрудиция при стереотипизации рабочего дня и планировании. Сохраняется круг интересов, но с возможностью одного увлечения. Выявляется недостаточность эмоционального резонанса, уменьшение сочувствия и сопереживания, бедность эмоций, формальность контактов, негибкость и устранение от решения семейных проблем. Имеют место стойкость к фрустрации, отсутствие реактивной лабильности, завышенная самооценка, не всегда адекватный оптимизм, недостаточность критического отношения и рационализация в объяснении причин перенесенного приступа.

Псевдоорганический дефект (дефект по типу простого дефицита, аутохтонная астенія) формируется в случае развития шизофрении на органически измененной почве. Характеризуется падением психической активности и продуктивности, интеллектуальным снижением, ригидностью психических функций, нивелировкой личностных особенностей, сужением контактов и круга интересов.

Отмечена сопряженность формирования данного типа дефекта с предрасположенностью к шизоидной психопатии (преимущественно круг дефицитарной шизоидии) в семейном отягощении.

Клинические особенности: интеллектуальное снижение, падение побуждений с утратой спонтанности, нарушение контактов, пассивность, безынициативность, упадок сил, аутизация. Возможны зависимость, черты ведомости, симбиотические формы контактов. Наряду с психической уязвимостью на первый план может выступать эгоцентризм.

Формирование дефекта приходится на юношеский возраст и завершается к 25–30 годам.

Синдром инфантилизма (ювениализма) наблюдается в структуре длительной ремиссии после атипичных приступов, перенесенных в пубертатном и юношеском возрасте. Характеризуется гебоидными, псевдоневротическими,

атипичными, депрессивными, дисморфофобическими расстройствами или сверхценными образованиями типа метафизической интоксикации. Дефект сказывается на манере одеваться, вести себя в коллективе, в выборе увлечений, друзей, профессии и мировоззрения.

Слабоумие при шизофрении (синдром “руинирования”) сводится к констатации тотального изменения и опустошения личности, грубых расстройства мышления, апатического или дезорганизованного поведения при отсутствии критики к своему состоянию. Данный тип дефекта встречается у 15–22% пациентов, чаще при кататонической и гебефренической формах шизофрении.

В клинической картине – полное безучастие и безразличие, непонимание элементарных вопросов, ответы по типу шизофазии, полное безделье, отсутствие заботы о семье, прожорливость, неряшливость.

Согласно теории Д.Е. Мелехова (1960), под дефектом следует понимать стойкое выпадение психических функций, которое наступает после болезни или в период между ее приступами, сопровождающееся изменением личности и снижением трудоспособности.

Д.Е. Мелехов отличал дефект от негативной симптоматики, предполагая обратимость последней, в отличие от стойкости первого.

Основные типы дефектов при шизофрении:

Астенический тип дефекта – наиболее часто встречающийся, развивается в первые 4–6–8 лет от начала заболевания. Частота этого типа дефекта составляет от 18 до 30%. При астеническом дефекте нет остаточных явлений активного процесса. Негативная (дефицитарная) симптоматика выражена незначительно. Сохраняются интеллект, прежние знания, качества личности, ее установки, но в целом снижается уровень психической активности, ослабляются волевые усилия.

Параноидный тип дефекта по частоте стоит на втором месте после астенического (20–22%). Для него характерно

сохранение прежних знаний, профессионального опыта, интеллектуального потенциала, но при этом имеются остаточные явления активного процесса: застывшие бредовые образования без тенденции к систематизации, отдельные галлюцинаторные включения, оклики, слова, фразы. Появляются изменения характера: недоверчивость, подозрительность, скрытность, необоснованная ревность, готовность иметь всюду недоброжелателей или, наоборот, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей.

Психопатоподобный тип дефекта встречается у 15–20% пациентов. Формируется при шубообразной шизофрении и периодически текущей на более поздних этапах. Замечено, что онейроидные и параноидные расстройства чаще ведут к психопатоподобному типу дефекта. Остаточных явлений активного процесса тоже, как правило, не выявляется. Сохраняются интеллект, знания, профессиональный опыт. Побудительный интерес к приобретению знаний сохраняется, но происходят изменения мотивации личности. Изменения в сфере характера и темперамента носят патологический компенсаторный характер.

Апатобулический тип дефекта встречается в 8–10% случаев, чаще всего при простой форме шизофрении, реже при параноидной. У больных сохраняются интеллект, профессиональные знания и опыт, но на первый план выступает дефицитарная симптоматика, апатобулические расстройства. Снижаются или утрачиваются интересы, побуждения, активность. Остаточных явлений активного процесса мало.

Псевдоорганический тип дефекта встречается у 6–8% больных, в тех случаях, когда шизофренический процесс осложняется черепно-мозговой травмой, атеросклерозом, нейроинфекцией, хронической алкогольной интоксикацией. Процессуальные симптомы (нарушение мышления и эмоционально-волевые расстройства) сочетаются с расстройствами памяти, внимания, мышления, изменениями личности органического характера. Психические процессы становятся тугоподвижными, прежние знания и навыки утрачиваются.

Под ремиссией принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу закономерностей течения заболевания (спонтанная ремиссия) или в связи с терапевтическими воздействиями (терапевтическая ремиссия).

Классификация типов ремиссий

(Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951):

- гиперстенический – с педантизмом, аккуратностью, повышенной работоспособностью при однообразных условиях;
- астенический – с повышенной утомляемостью и потребностью в частом отдыхе;
- параноидный – с подозрительностью, недоверчивостью, возникновением бредовых идей при утомлении;
- ипохондрический – с ипохондрическим развитием личности.

В МКБ-10 выделяют неполную и полную ремиссии при течении шизофренических расстройств.

Классификация ремиссий при шизофрении

(Серейский М.Я., 1939):

- полная (А) – ремиссия без всяких остаточных болезненных проявлений, с сохранностью критики, полным восстановлением трудоспособности на прежнем уровне;
- неполная (В) – с полным восстановлением работоспособности на прежнем уровне, но с какими-то изменениями характера, личности, специфичными для шизофрении или с астенизацией, с психическими резидуальными изменениями;
- неполная (С) – ремиссия с выраженным дефектом и снижением трудоспособности;
- частичная (D) – внутрибольничное улучшение.

Контрольные вопросы

1. Варианты начала шизофрении.
2. Стадии течения шизофренического процесса.
3. Распространенность непрерывнотекущей и приступообразной шизофрении в популяции больных шизофренией.
4. Особенности становления исходов шизофрении.
5. Варианты шизофренического дефекта.
6. Классификация типов ремиссий при шизофрении.
7. Типология дефектов при шизофрении А.О. Эдельштейна.
8. Астенический тип дефекта.
9. Дефект типа фершробен.
10. Психопатоподобный тип дефекта.
11. Гиперстенический тип дефекта.
12. Псевдоорганический тип дефекта.
13. Синдром инфантилизма.
14. Синдром руинирования.
15. Типы дефектов при шизофрении, выделенные Д.Е. Мелеховым.
16. Классификация ремиссий в соответствии с МКБ-10.
17. Классификация ремиссий М.Я. Серейского.

ПРОГНОЗ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Согласно исследованию ВОЗ по оценке глобального бремени болезней в мире, шизофрения входит в 10 наиболее частых причин, приводящих к нетрудоспособности в популяции лиц молодого возраста (15–44 лет). В отличие от других заболеваний, шизофрения поражает людей на пике их продуктивности и социального роста.

Исходы через 5 лет после появления симптомов шизофрении (McGorry P.D., Jackson H.J., 1998):

- перенесен один психотический эпизод, нет последствий – 16,0%;
- перенесено несколько психотических эпизодов, минимальные последствия – 32,0%;
- последствия после первого эпизода с последующими обострениями и отсутствием возврата к доболезненному состоянию – 9,0%;
- нарастающее ухудшение после каждого из нескольких эпизодов без возврата к норме – 43,0%.

Группы больных шизофренией, с наиболее неблагоприятным прогнозом:

- пациенты, которые часто и длительно госпитализируются;
- пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией и последующей инвалидизацией;
- одинокие пациенты.

По данным М. Блейлера (1941), при остром начале и периодическом течении шизофрении у 25–35% пациентов отмечается самопроизвольное излечение, у 30–40% пациентов – излечение со стойким дефектом и лишь у 5–15% пациентов – исход в слабоумие. При хроническом течении у 10–20% больных шизофренией имеет место исход в слабоумие и у 5–10% пациентов – стойкий дефект.

Прогноз шизофрении в развивающихся странах благоприятнее, чем в развитых, по ряду параметров (Циркин С.Ю., 1988):

- отмечаются более легкие клинические варианты заболевания;
- имеется тенденция к отсутствию психотической симптоматики при катанестических осмотрах;
- большая частота относительно длительных бессимптомных ремиссий;
- более короткие госпитализации;
- менее продолжительное назначение антипсихотических препаратов;
- больше случаев с длительной сохранностью ненарушенного социального функционирования.

Таблица 2

Факторы прогноза шизофрении

Признак	Положительный прогноз	Отрицательный прогноз
Начало заболевания	Внезапное начало	Постепенное начало
Продолжительность эпизода	Короткий эпизод	Длительный эпизод
Психические расстройства в анамнезе	Отсутствуют	Присутствуют
Клинические проявления	Аффективные расстройства	Негативные расстройства
Возраст начала заболевания	Поздний возраст	Ранний возраст
Семейное положение	Состоит в браке	Одинок
Личность до начала заболевания	Гармоничная личность	Дисгармоничная личность
Социальное взаимодействие	Не нарушено	Нарушено
Соблюдение режима терапии	Соблюдает режим	Не соблюдает режим

Контрольные вопросы

1. Прогноз при шизофрении.
2. Катамнез больных шизофренией.
3. Прогноз шизофрении в развивающихся и развитых странах.
4. Факторы хорошего прогноза шизофрении.
5. Факторы плохого прогноза шизофрении.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения у детей

Соотношение девочек и мальчиков среди пациентов с детской шизофренией составляет 1:3.

Предикторами развития шизофренического процесса в детском возрасте являются:

- патология беременности и родов;
- нарушение становления тонких моторных актов;
- патологическое развитие игры;
- патологические отношения с родственниками и сверстниками.

Типы течения шизофрении у детей – непрерывный и приступообразный.

Клиника шизофрении у детей имеет определенные особенности. У детей могут быть истинные зрительные и тактильные галлюцинации, при этом ребенок видит только часть образа. Слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации наблюдаются реже, чем у взрослых. У детей практически не встречается систематизированный бред, хотя могут быть рудименты бреда. Иногда в клинической картине присутствуют немотивированные страхи, например, ребенок начинает бояться обычных бытовых предметов.

Рудиментами бреда являются: чувство присутствия постороннего в доме, изменение без видимой причины отношения к близким, избирательная агрессивность к одному из родителей, мысли и высказывания о тяжелой болезни и близкой смерти. У детей не наблюдается развернутый синдром психического автоматизма.

Игры заболевшего ребенка приобретают характер стереотипного переключивания, часто “неигровых” предметов. Со временем формируется аутизм – дети начинают играть вне коллектива. Фантазии становятся причудливыми и не-

понятными окружающим, дети не отличают их от реальной жизни. Типичны фантазии агрессивно-садистического характера. Нередко наблюдается регресс психической деятельности, когда ребенок теряет уже сформированные навыки самообслуживания, опрятности, чтения и письма. Возможен диссонанс в развитии психических функций.

Негативные расстройства проявляются резким снижением активности, эмоциональной опустошенностью, отрешенностью. Могут отмечаться стереотипии – потряхивание кистями рук, подпрыгивания, кружения, покачивания.

Развернутое состояние пациентов при шизофрении с ранним началом характеризуется двигательными нарушениями и явлениями регресса. Конечное состояние развивается через 6–36 месяцев с начала манифестации шизофрении – имеет место олигофреноподобный дефект, отмечаются резидуальные позитивные симптомы.

Шизофрения у подростков

1/3 дебютов шизофрении приходится на возраст до 20 лет. У подростков мужского пола риск заболеть шизофренией в 1,5 раза выше, чем у девушек.

В подростковом возрасте шизофрения часто проявляется нарушениями поведения и изменениями характера.

Клинические варианты манифестации шизофрении в подростковом возрасте (Личко А.Е., 1989):

1. Психопатоподобные синдромы:
 - синдром нарастающей шизоидации;
 - эпилептоидный синдром;
 - синдром неустойчивого поведения;
 - истероидный синдром.
2. Неврозоподобные синдромы:
 - дисморфоманический синдром;
 - синдром метафизической интоксикации;
 - аноректический синдром;
 - астеноанергический синдром;
3. Аффективные расстройства.

4. Паранойяльные и параноидные расстройства (при паранойе отсутствуют галлюцинации, психические автоматизмы, бред монотематичен).
5. Инкогерентные расстройства (фебрильная шизофрения, аментивный синдром, астеническая спутанность, острый полиморфный синдром при приступообразной (шубообразной) шизофрении).
6. Апатобулические расстройства (характерны для простой формы шизофрении).
7. Гебефренический синдром и кататонические расстройства (характерны для злокачественной юношеской шизофрении).

При синдроме нарастающей шизоидации у подростков наблюдаются *патологические увлечения*, признаками которых являются:

- 1) вычурность и необычность для данного возраста и поколения;
- 2) напряженность, крайнее озлобление, когда “мешают” заниматься любимым делом;
- 3) непродуктивность.

В подростковом возрасте шизофрения может дебютировать *дисморфоманией* – болезненной убежденностью в наличии какого-либо воображаемого или чрезвычайно переоцениваемого физического недостатка, обусловленной сверхценной идеей или бредом. К дисморфоманическим расстройствам относится и патологическая убежденность в распространении неприятных запахов.

Дисморфомания может лежать в основе нарушения пищевого поведения – нервной анорексии. Как правило, данная патология сопровождается сниженным настроением и не поддается коррекции. Подростки тщательно маскируют свои переживания, убеждены, что “дефект” неприятен окружающим, стремятся к исправлению физического недостатка.

Метафизическая интоксикация (философская интоксикация) – психопатологический синдром спектра расстройств мышления, характеризующийся размышлениями на от-

влеченные темы, отличительными признаками которых является примитивность, отрыв от реальности и отсутствие критики. В своих крайних проявлениях это состояние приводит к одержимости “великими” идеями, фанатизму и социальной дезадаптации.

Ключевым симптомом данного синдрома считают резонерство. При этом в первую очередь проявляется склонность к бесплодному мудрствованию, лишенному какой-нибудь активной деятельности. Больные могут много читать по интересующей их теме, в том числе “запоем”, однако чтение также непродуктивно и не ведет к обогащению знаниями.

Постепенно происходит падение энергетического потенциала: больные становятся малоактивными, нарастает вторичный аутизм вплоть до полной отрешенности от окружающего и бредоподобного фантазирования. При метафизической интоксикации возможны фобии. Деперсонализация проявляется чувством “утраты единства Я”, “неописуемой измененности души”.

Астеноэнергический синдром (синдром “эндогенной юношеской астенической несостоятельности” Глатцеля–Хубера) характеризуется:

- нарушением управляемости мышления;
- деперсонализацией;
- сенестопатиями.

Пациенты жалуются на интеллектуальную недостаточность – “трудно понимать текст”, “приходится перечитывать”, “плохо усваивается услышанное”, “смысл слов не доходит сразу”. Сенестопатии связаны с ощущениями в голове – “голова как ватная”, “в голове туман”, “голова раскалывается”. Деперсонализационные нарушения сводятся к “измененности самого себя”, утрате способности управлять мышлением, потере чувств, переживаний, оупению. Настроение, как правило, снижено – свою несостоятельность тяжело переживают.

Синдром Глатцеля–Хубера встречается у подростков 16–17 лет прежде хорошо учившихся. Возникновению данного расстройства способствуют усиленные учебные нагрузки

в старших классах математических школ, на первых курсах вузов. В преморбидный период у пациентов отмечаются шизоидные и психастенические черты.

Гебоид – это возникающее при шизофрении в юношеском возрасте психическое расстройство, характеризующееся преувеличением и видоизменением психологических пубертатных свойств с преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащим общепринятым нормам поведения и выраженной дезадаптации в обществе.

К. Kahlbaum (1889) выделил клинические признаки гебоида:

- 1) начало в возрасте полового созревания;
- 2) сходство клинической картины с психологическими проявлениями, свойственными пубертатному периоду;
- 3) первичный характер происхождения этих расстройств;
- 4) относительно благоприятный прогноз заболевания и отсутствие выраженных признаков слабоумия;
- 5) доминирование в картине болезни нарушений моральных качеств, нередко с антисоциальными формами поведения;
- 6) дегенеративный характер заболевания и наличие в анамнезе больных различных нарушений в психическом развитии.

При гебоидном состоянии характерологические нарушения производят необоснованное впечатление плохого воспитания, а не душевного страдания. Пациенты не осознают болезненность состояния, они не могут объяснить мотивы поведения. Подростки жалуются, что поступки совершаются как бы против воли. Характерны незрелость мышления, “мимомышление”. Пациенты с гебоидом считают мнение окружающих неправильным. Как правило, работоспособность больных снижена.

При гебоиде отмечаются расстройство влечений, развязывание элементарных инстинктов, эмоциональное оску-

дение, редукция энергетического потенциала, повышенная возбудимость, оппозиция к семье и обществу с негативизмом к авторитетам.

Для подростков характерно повышенное самомнение, чувство непонятости, категоричность суждений, фанатичное отстаивание собственной точки зрения, пренебрежительное отношение к родителям, сомнения в их авторитетности, неуважение к общепринятым мнениям и нормам поведения.

В клинике гебоидного состояния отмечаются оппозиция к окружающему, склонность к противоречию, стремление к самоутверждению, что приводит к тотальному негативизму, бессмысленной оппозиции ко всем сторонам общепринятого образа жизни, противопоставлению себя окружающим.

Поздняя шизофрения

В картине поздней шизофрении присутствуют все известные по ранним возрастным периодам клинические психопатологические феномены. По данным литературы, поздней шизофренией чаще страдают женщины. В преморбидный период у заболевших часто выявляются шизоидные и параноидные черты. Поздняя шизофрения отличается более худшим прогнозом, вопреки общему правилу, что чем позднее шизофрения возникает, тем успешнее она лечится.

Заболевание может начинаться с эпизодических бредовых высказываний, мало связанных между собой и имеющих бытовой характер. У пациентов нередко имеют место бредовые идеи отношения, преследования, ущерба. Далее присоединяются слуховые обманы восприятия, со временем переходящие в стойкий галлюциноз. Симптомы психического автоматизма могут предшествовать галлюцинациям или возникать одновременно с ними.

На первых этапах болезни обнаруживается связь галлюцинаторных переживаний с конфабуляторными. Сведения о каком-либо конкретном событии, составляющие содержание вербальных галлюцинаций, перерабатываются в представление о событии действительно бывшем. Разграничение этих

психопатологических феноменов тем труднее, чем старше возраст.

Парафренная симптоматика в той или иной степени присутствует с начала появления параноидных идей в виде представления об особом значении собственной личности или любовного бреда. Со временем больные становятся бездеятельными и безынициативными.

При острых парафренных состояниях в рамках поздней шизофрении отмечается яркий и пышный бред на фоне повышенного настроения. Содержанием бреда являются идеи собственной значимости, знатного родства, любовные переживания. Идеи преследования отражают активность завистников и соперниц. Любовно-эротическая тематика, как и другие бредовые построения, сложной разработки не получает. Конфабуляторно-парафренные расстройства сохраняются длительное время.

Особенности клинических проявлений поздней шизофрении выражаются в первую очередь упрощением, сужением объема, уменьшением масштаба переживаний, тем более заметных, чем старше возраст больного. Бредовые сюжеты, как правило, более мелкие по содержанию, чем в молодом возрасте. Примеры, которыми оперируют больные, немногочисленны, бредовая фабула лишена размаха, нет большого числа действующих лиц. Больные не испытывают потребности связать воедино разрозненные, фрагментарные бредовые переживания.

Те же особенности характеризуют расстройства восприятия, при которых кроме перечисленных выше типичных черт можно видеть конфабуляторную переработку обманов восприятия вплоть до полного слияния этих синдромов на заключительных стадиях болезни. За счет утраты связей между отдельными сторонами психопатологического образования, упрощения его, а с другой стороны, за счет наклонности к учащению добавочных включений клиническая картина поздней шизофрении отличается от шизофрении, возникающей в ранние возрастные периоды.

Контрольные вопросы

1. Детская шизофрения.
2. Шизофрения у подростков.
3. Клинические варианты манифестации шизофрении в подростковом возрасте.
4. Астеноанергический синдром в дебюте шизофрении.
5. Синдром нарастающей шизоидации у подростков.
6. Понятие дисморфомании.
7. Клинические проявления гебоида.
8. Особенности клинической картины поздней шизофрении.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ

По данным В.А. Гурьевой, В.Я. Гиндикина (2002), начало психиатрического наблюдения за пациентами, страдающими шизофренией, запаздывает на 10,9 года. Адекватный психиатрический диагноз при первых проявлениях шизофрении устанавливается в 51,2% случаев. В 26,9% случаев при первом обращении за психиатрической помощью предполагаются пограничные психические нарушения – невротические расстройства и личностная патология.

Критерии ранней диагностики шизофрении

1. Психопатологическая наследственная отягощенность (не обязательно шизофреническая).
2. Наличие шизоидных черт характера, эксцентричностей, странностей поведения у родственников.
3. Астенический или инфантильно-грацильный тип телосложения.
4. Шизоидные особенности личности.
5. Форпост-синдромы, “зарницы” шизофрении в анамнезе (в том числе немотивированные поступки).
6. Отсутствие взаимопонимания с окружающими, приводящее к возникновению стрессовых ситуаций.
7. Снижение интеллектуальной продуктивности, обусловленное снижением синтеза.
8. Нарушения мышления (нечеткость мышления, затруднения в словесных формулировках переживаний, наплывы мыслей, отвлеченное содержание мыслей).
9. Сниженный фон настроения со склонностью к появлению соматоформных расстройств.
10. Изменения поведения (нереальные, неосуществимые планы, уход в себя, попытки самоизлечения и т.д.).

Для шизофрении типично: изменение характера и поведения, нарушение социальной адаптации, немотивиро-

ванная смена профессий, развитие негативной симптоматики. Диагноз шизофрении устанавливается на основании изменений личности, клинических проявлений, течения и прогрессивности заболевания. К клиническим признакам шизофрении относят аутизм, редукцию энергетического потенциала, эмоциональную дефицитарность, явления дрейфа и расстройства мышления.

Расстройства мышления проявляются диссоциативностью, разорванностью. Клиническими признаками заболевания являются обрывы мыслей, соскальзывания, аморфность понятий и умозаключений.

Контрольные вопросы

1. Проблемы диагностики шизофрении.
2. Критерии ранней диагностики шизофрении.
3. Основания для диагностики шизофрении.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Наиболее эффективна комплексная терапия шизофрении – сочетание фармакотерапии, психотерапии, семейной и социальной поддержки. Благоприятный прогноз течения расстройства обеспечивает адекватная трудовая занятость больных. Привлечение семьи и социальная поддержка являются важными условиями успеха.

Согласно дофаминовой гипотезе шизофрении, избыток дофамина в мезолимбической области обуславливает продуктивную симптоматику, тогда как дефицит дофамина в предлобной коре – негативные и когнитивные расстройства. Антипсихотические средства снижают дофаминергическую активность и купируют проявления психоза.

Факторы, определяющие терапевтическую тактику при лечении шизофрении:

- клиническая форма;
- вариант течения;
- клинические проявления;
- этап процесса;
- сопутствующие заболевания;
- соматическое состояние.

Психофармакотерапия шизофрении

С учетом особенностей клинического действия и сравнительной эффективности антипсихотические препараты подразделяют на 2 группы – так называемые традиционные антипсихотические средства (хлорпромазин, галоперидол, флуфеназин, трифлуперазин, тиоридазин) и атипичные антипсихотические препараты (клозапин, оланзапин, рисперидон и др.).

Главное отличие атипичных антипсихотических препаратов – значительное снижение побочных действий (прежде

всего экстрапирамидных расстройств) и усиление психотропного антипсихотического действия, что связано с меньшим образованием активных метаболитов и избирательным сродством с допаминовыми, серотониновыми, мускариновыми и гистаминовыми рецепторами.

Типичные и атипичные антипсихотические препараты в настоящее время являются основой лечебного процесса больных психозами. Выбор антипсихотического средства определяется реакцией пациента на предшествующую терапию (эффективность и переносимость) и клиническими проявлениями расстройства.

В спектре клинической активности антипсихотических препаратов выделяют несколько определяющих параметров:

- 1) глобальное антипсихотическое (инцизивное) действие – способность препарата равномерно редуцировать различные проявления психоза и препятствовать прогрессивности заболевания;
- 2) первичное седативное (затормаживающее) действие, необходимое для быстрого купирования галлюцинаторно-бредового или маниакального возбуждения, сопровождается глобальным депримирующим действием на ЦНС;
- 3) избирательное (селективное) антипсихотическое действие связано с преимущественным воздействием на отдельные симптомы-мишени состояния, например на бред, галлюцинации, расторможенность влечений, нарушения мышления и поведения;
- 4) активирующее (растормаживающее, дезингибирующее и антиаутистическое) антипсихотическое действие обнаруживается прежде всего у больных психозами с негативной (дефицитарной) симптоматикой;
- 5) когнитотропное действие проявляется у атипичных нейролептиков в способности улучшать высшие корковые функции (память, внимание, познавательные процессы и т.д.);

- 6) депрессогенное действие – способность некоторых, преимущественно седативных антипсихотических препаратов, при длительном применении вызывать специфические (заторможенные) депрессии;
- 7) неврологическое (экстрапирамидное) действие связано с влиянием на экстрапирамидную систему головного мозга и проявляется неврологическими нарушениями;
- 8) соматотропное действие проявляется в нейровегетативных и эндокринных побочных эффектах (гипотензивных реакциях, гиперпролактинемии и т.д.) и обусловлено адренолитическими и антихолинергическими свойствами препаратов.

Классификация антипсихотических препаратов по химической структуре:

- производные фенотиазина;
- производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина;
- производные тioxантена;
- производные индола;
- нейролептики из других химических групп.

При клиническом выборе антипсихотического препарата наибольшее значение имеет *соотношение глобального антипсихотического и первичного седативного эффектов*, на основании которого выделяют:

- 1) группу седативных антипсихотических препаратов (левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин и др.), которые независимо от дозы вызывают затормаживающий эффект;
- 2) препараты с мощным глобальным антипсихотическим действием или инцизивные антипсихотические препараты (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, трифлуоперазин, флуфеназин и др.), которые при применении в малых дозах обладают активирующим

эффектом, а при нарастании дозы купируют психотическую (галлюцинаторно-бредовую) и маниакальную симптоматику;

- 3) дезингибирующие антипсихотические препараты (сульпирид, карбидин и др.), преимущественно (т.е. в большом диапазоне доз) вызывают активирующий, растормаживающий эффект;
- 4) атипичные антипсихотические препараты (клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, амисульприд) составляют отдельную группу в силу особого механизма действия и спектра психотропной активности, обладая отчетливым антипсихотическим эффектом не вызывают или вызывают дозозависимые экстрапирамидные расстройства и способны корригировать негативные и когнитивные нарушения у больных шизофренией.

Дифференцированный подход к назначению препаратов осуществляется с учетом клинической картины, индивидуальной переносимости и в соответствии со спектром психофармакологического действия и побочных эффектов.

При шизофрении антипсихотические средства могут применяться как курсом для купирования острого состояния, так и длительно в целях непрерывного подавления продуктивной симптоматики при хроническом течении расстройства или для профилактики обострения заболевания и сдерживания темпа прогрессивности, а также для коррекции негативных (дефицитарных) расстройств.

Назначение комбинации антипсихотических препаратов (особенно вместе с атипичными антипсихотическими средствами) не рекомендуется, поскольку возрастает риск развития побочных эффектов.

Дозы антипсихотических препаратов подбирают индивидуально. При отсутствии неотложных показаний начинают с тестовой дозы и при отсутствии аллергических или других реакций ее повышают постепенно до достижения терапевтического результата. Отмена антипсихотических препаратов должна проводиться постепенно во избежание риска развития синдрома отмены или обострения симптоматики.

При замене одного антипсихотического средства другим следует руководствоваться примерными эквивалентами дозировок (*аминазиновые эквиваленты*).

Таблица 3

Международное название	Торговое название	Эквивалентные дозы
Алимемазин	Терален, тералиджен	30 мг/сут
Амисульприд	Солиан, лимипранил	100–150 мг/сут
Галоперидол		2–3 мг/сут
Зипразидон	Зелдокс	80–120 мг/сут
Зуклопентиксол	Клопиксол	25 мг/сут
Кветиапин	Сероквель, кетилепт, кветиакс, кветиапин	200 мг/сут
Клозапин	Азалептин, лепонекс, клозастен	50 мг/сут
Оланзапин	Зипрекса, заласта	5 мг/сут
Перициазин	Неулептил	20 мг/сут
Перфеназин	Этаперазин	10 мг/сут
Рisperидон	Рисполепт, торендо, рилептид, сперидан, риссет	0,5–1 мг/сут
Сульпирид	Эглонил, бетамакс	200 мг/сут
Тиопроперазин	Мажептил	3–5 мг/сут
Тиоридазин	Сонапакс, меллерил	75–100 мг/сут
Трифлуоперазин	Трифтазин	5–10 мг/сут
Флупентиксол	Флуанксол	5–10 мг/сут
Хлорпромазин	Аминазин	100 мг/сут

Традиционные (типичные) антипсихотические препараты

Производные фенотиазина

Алимемазин – антипсихотический препарат с выраженным седативным и умеренным антипсихотическим действием. Показан при нейровегетативных и психосоматических расстройствах (в том числе детям и лицам пожилого возраста).

та). Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени и почек. Форма выпуска: таблетки по 0,005 г; ампулы по 5 мл 0,5% раствора.

Левомепромазин обладает выраженным и быстрым общеседативным и слабым антидепрессивным эффектом. Используется при психомоторном возбуждении, ажитированных депрессиях, депрессивно-параноидных состояниях. Форма выпуска: драже по 0,025 г; ампулы по 1 мл 2,5% раствора.

Перициазин сочетает антипсихотическое действие с седативным эффектом (“корректор поведения”). Используется при лечении психопатоподобных состояний различной этиологии. Возможные побочные явления: экстрапирамидные нарушения, аллергические реакции. Форма выпуска: таблетки по 0,001, 0,01 г; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Тиопроперазин обладает относительно слабым седативным, но мощным антипсихотическим действием. Используется при лечении шизофрении (в особенности кататонической формы) и других острых и хронических психозов. Форма выпуска: таблетки по 0,001 и 0,01 г; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Тиоридазин – препарат с мягким антипсихотическим действием и умеренным стимулирующим, тимоаналептическим и антидепрессивным эффектом. Используется при лечении острой и подострой шизофрении, органических психозов, невротических расстройств. Противопоказан при коматозных состояниях, аллергических заболеваниях, глаукоме. Форма выпуска: драже по 0,01 и 0,025 г и 0,1 г.

Трифлуоперазин – один из наиболее активных антипсихотических препаратов с выраженным антипсихотическим и умеренным стимулирующим действием. Используется при лечении шизофрении и других психозов (в том числе алкогольных), протекающих с бредом и галлюцинациями. Побочные явления: экстрапирамидные нарушения, вегетативные расстройства, агранулоцитоз, аллергические реакции. Противопоказан при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной деятельности, беременности.

Форма выпуска: таблетки по 0,005 и 0,01 г; ампулы по 1 мл 0,5% раствора.

Флуфеназина деканоат обладает выраженным антипсихотическим действием и при высоких дозах общеседативным эффектом. Используется при лечении шизофрении и других психозов. Побочные явления: экстрапирамидные расстройства, аллергические реакции, иногда – судорожные проявления. Противопоказан при заболеваниях печени, кроветворных органов, декомпенсации сердечной деятельности, беременности. Форма выпуска: ампулы по 1 и 2 мл 2,5% масляного раствора.

Хлорпромазин – антипсихотическое средство с выраженным общеседативным эффектом. Используется для купирования психомоторного возбуждения, острых бредовых и маниакальных состояний, выраженной тревоги. Возможные побочные явления: ортостатический коллапс, экстрапирамидные нарушения, расстройства сна, повышение свертываемости крови, лейкопения. Форма выпуска: драже по 0,025, 0,05, 0,1 г; ампулы по 1, 2, 5 и 10 мл 2,5% раствора.

Производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина

Галоперидол – антипсихотический препарат с выраженным антипсихотическим, умеренным седативным и противорвотным действием. Используется при лечении различных психических расстройств – галлюцинаций, бреда, агрессивности, а также неукротимой рвоты. Побочные явления: экстрапирамидные расстройства, бессонница (при передозировке). Противопоказан при органическом поражении головного мозга, нарушении сердечного ритма, заболеваниях почек. Формы выпуска: таблетки по 0,0015 и 0,005 г; ампулы по 1 мл 0,5% раствора.

Дроперидол отличается сильным, быстрым, но непродолжительным действием. Используется в анестезиологической практике и для купирования реактивных состояний. Побочные явления: экстрапирамидные расстройства, депрес-

сия с преобладанием чувства страха, гипотония (при передозировке). Противопоказан при паркинсонизме, гипотонии. Форма выпуска: ампулы по 10 мл 0,25% раствора.

Триседил обладает выраженным антипсихотическим действием и противосудорожным эффектом. Используется при купировании психомоторного возбуждения, острых маниакальных и галлюцинаторно-бредовых состояний, ажитированной депрессии. Побочные явления и противопоказания такие же, как и у дроперидола. Форма выпуска: таблетки по 0,0005; ампулы по 1 мл 0,25% раствора.

Производные тиоксантена, индола и нейролептики из других химических групп

Зуклопентиксол – препарат с мощным глобальным антипсихотическим действием. Показания: шизофрения и другие психотические расстройства с состояниями ажитации, повышенного беспокойства, враждебности, агрессивности. Побочные эффекты те же, что и у хлорпромазина. Противопоказан при острой интоксикации этанолом, барбитуратами, опиоидными анальгетиками; комах различной этиологии; беременности; лактации. Форма выпуска: таблетки по 2, 10, 25 мг.

Сульпирид обладает умеренным антипсихотическим, стимулирующим, тимолептическим и противорвотным действием. Не вызывает привыкания. Используется при лечении различных психических заболеваний с явлениями апатии (в том числе у детей и лиц пожилого возраста). Побочные явления: расстройство сна, возбуждение, повышение артериального давления. Противопоказан при паркинсонизме, эпилепсии. Форма выпуска: капсулы по 0,05 и 0,2 г; ампулы по 2 мл 0,5% раствора.

Тианприд – антипсихотический препарат из группы замещенных бензамидов, обладает слабым антипсихотическим и умеренно выраженным седативным эффектом. Показания: расстройства поведения, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, импульсивностью и агрессивностью, особенно в рамках алкогольной и наркотической зависимости, в том

числе делириозные и абстинентные состояния; гиперкинезы и дискинии нейролептического и сосудистого генеза; упорные болевые синдромы. Побочные эффекты: сонливость, слабость, экстрапирамидные расстройства, ортостатическая гипотензия, увеличение массы тела, гиперпролактинемия, гипертермия. Противопоказан при повышенной чувствительности, феохромоцитоме, беременности и грудном вскармливании, детском возрасте (до 7 лет), гипертоническом кризе, одновременном приеме этанола и леводопы. Форма выпуска: таблетки по 100 мг, раствор для инъекций 5% по 2 мл.

Флупентиксол – антипсихотическое средство из группы производных тиоксантена. Показания те же, что и у хлорпромазина; психосоматические расстройства; тревога, обусловленная стрессовыми ситуациями. Не применяется для купирования психомоторного возбуждения, маниакального состояния. Обладает меньшим седативным эффектом по сравнению с хлорпромазином. Чаше вызывает экстрапирамидные расстройства, транзиторную бессонницу. Противопоказан при порфирии, сенильных состояниях спутанности, в детском возрасте. Форма выпуска: драже по 0,5 и 1 мг; таблетки по 5 мг; раствор для приема внутрь по 10 мл (100 мг/мл).

Хлорпротиксен обладает антипсихотическим, седативным, антидепрессивным и противорвотным действием. Потенцирует действие снотворных и анальгетиков. Используется при лечении различных психозов, невротических и неврозоподобных состояний с явлениями тревоги, страха, агрессивности. Побочные явления: гипотония, тахикардия, редко – экстрапирамидные расстройства. Противопоказан при паркинсонизме, отравлении алкоголем и барбитуратами, эпилепсии. Форма выпуска: таблетки (драже) по 0,015 и 0,05 г.

Наиболее частыми и тяжелыми побочными эффектами при приеме типичных антипсихотических препаратов являются экстрапирамидные расстройства. Риск их развития выше при назначении антипсихотиков из группы пипера-

зиновых фенотиазинов и бутирофенонов. Возникновение экстрапирамидных расстройств трудно предвидеть, так как оно отчасти связано с дозировкой, отчасти с индивидуальной чувствительностью пациента. Побочные эффекты включают в себя паркинсонические симптомы (тремор, мышечную ригидность, двигательную заторможенность, гипомимию); дистоническую симптоматику (гиперкинезы лица и туловища); акатизию (неусидчивость), которая может быть ошибочно расценена как усиление психомоторного возбуждения и позднюю дискинезию, развивающуюся при длительном использовании инцизивных нейролептических средств.

Паркинсоническая симптоматика исчезает после отмены препарата или может быть уменьшена присоединением центральных холинолитических средств, так называемых корректоров. Назначение корректоров в целях профилактики экстрапирамидных расстройств при антипсихотической терапии необоснованно, так как побочные эффекты возникают не у каждого пациента. Кроме того, антипаркинсонические препараты могут способствовать развитию поздней дискинезии и ухудшать ее течение, а также вызывать лекарственную зависимость и когнитивные нарушения.

Основную опасность представляет поздняя дискинезия, так как она носит необратимый характер, не исчезает после отмены препарата и не поддается лечению. Группой повышенного риска являются пациенты пожилого возраста, длительно получающие нейролептики в больших дозах. В редких случаях поздняя дискинезия развивается после кратковременного назначения небольших доз нейролептика.

Злокачественный нейролептический синдром (акинетико-ригидный симптомокомплекс; центральная лихорадка; вегетативные расстройства – колебания сосудистого тонуса, тахикардия, бледность, профузный пот; недержание мочи; спутанность сознания; ступор) – редкое, но опасное для жизни состояние, может развиваться при лечении любым антипсихотическим препаратом. Неотложные мероприятия – отмена, назначение корректоров, антипиретиков, бензодиазепинов; дезинтоксикационная, инфузионная и гомеостатическая

терапия; мышечные релаксанты (дантролен); не прямые агонисты дофамина (бромкриптин). Продолжительность симптоматики обычно 5–10 дней после отмены, но может существенно увеличиваться при использовании пролонгированных форм препаратов.

Атипичные антипсихотические препараты

Атипичные антипсихотические препараты лучше переносятся, чем традиционные нейролептики, экстрапиримидные расстройства наблюдаются реже. Препараты могут редуцировать негативную симптоматику и когнитивные расстройства. При длительном использовании пациенты лучше соблюдают режим терапии, реже наблюдаются рецидивы заболевания.

Дозы подбираются индивидуально. При переходе с терапии типичным антипсихотическим препаратом на атипичный обычно проводят постепенную отмену старых препаратов с “наложением” по времени новой терапии. В среднем дозу снижают на 30–50% каждые 3 дня.

Следует соблюдать меры предосторожности при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эпилепсией, болезнью Паркинсона. Атипичные антипсихотические средства усиливают действие алкоголя, снижают скорость реакций.

Учитывая способность некоторых препаратов ускорять клиническое манифестирование сахарного диабета, рекомендуется перед началом терапии проводить тест на толерантность к глюкозе и наблюдать уровень глюкозы в ходе лечения.

Арипипразол – представитель класса антипсихотических допамин-серотониновых стабилизаторов. Обеспечивает сбалансированное функционирование серотониновой и дофаминовой систем. Уменьшает выраженность экстрапиримидных нарушений, проявлений гиперпролактинемии. Показания: шизофрения, биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод, большое депрессивное расстройство. Побочные эффекты: головная боль, вегетатив-

ные нарушения (гипергидроз, тахикардия), возбуждение, бессонница, седация, тремор, акатизия. Противопоказан при гиперчувствительности, возрасте до 18 лет, в период лактации. Форма выпуска: таблетки по 10, 15 и 30 мг.

Амисульприд показан при острой и хронической шизофрении с продуктивными и/или негативными расстройствами, в том числе при преобладании негативной симптоматики. Побочные эффекты: бессонница, тревога, возбуждение, сонливость, желудочно-кишечные расстройства, гиперпролактинемия, дозозависимые экстрапирамидные расстройства. У пациентов пожилого возраста возможно развитие артериальной гипотензии, чрезмерной седации. Не следует применять в комбинации с тиоридазином, леводопой. Противопоказан при повышенной чувствительности к действующему веществу, пролактин-зависимых опухолях, детском возрасте (до 14 лет), кормлении грудью. Форма выпуска: таблетки по 100, 200 и 400 мг.

Зипразидон – препарат для лечения шизофрении и других психотических состояний с продуктивной и негативной симптоматикой, аффективными нарушениями. Побочные эффекты: астения, головная боль, запоры, сухость во рту, диспепсия, повышенное слюноотделение, тошнота, рвота, психомоторное возбуждение, артериальная гипертензия, судорожный синдром, редко – экстрапирамидные расстройства, незначительное повышение веса, клинически незначимая гиперпролактинемия. Противопоказан в период реконвалесценции после инфаркта миокарда, при удлинении интервала QT на ЭКГ, декомпенсированной сердечной недостаточности, аритмии, беременности, лактации, возрасте до 18 лет. Следует с осторожностью применять у больных с судорожным синдромом в анамнезе. Препарат усиливает действие алкоголя, влияет на скорость реакций. Из-за особенностей фармакокинетики препарат принимают во время еды. Форма выпуска: капсулы по 20, 40, 60 и 80 мг.

Кветиапин используют для лечения острых и хронических психозов, включая шизофрению, протекающую как с продуктивными, так и с негативными симптомами. Побочные

эффекты: диспепсия, запоры, головокружение, астения, тахикардия, лихорадка. Противопоказан при заболеваниях кроветворной системы, нарушениях функции печени и почек, беременности и грудном вскармливании. Ослабляет эффекты леводопы и агонистов дофамина. Форма выпуска: таблетки по 25, 100 и 200 мг.

Клозапин обладает сильным антипсихотическим и умеренным седативным действием. Не вызывает экстрапирамидных расстройств. Используется при лечении различных форм шизофрении, биполярного аффективного расстройства, купировании психомоторного возбуждения. Побочные явления: мышечная слабость, сонливость, ортостатическая гипокинезия. Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, сердечно-сосудистой системы, острых алкогольных и интоксикационных психозах, эпилепсии, глаукоме, беременности. Форма выпуска: таблетки по 0,025 и 0,1 г; ампулы по 2 мл 2,5% раствора.

Оланзапин воздействует на позитивную и негативную симптоматику. Препарат не вызывает экстрапирамидных расстройств. Показания: шизофрения и другие психозы, маниакальные состояния в рамках биполярного аффективного расстройства. Побочные эффекты: головокружение, сонливость, увеличение веса, гиперпролактинемия. Противопоказан при гипертрофии предстательной железы, печеночной и почечной недостаточности, болезни Паркинсона, сахарном диабете, беременности. Форма выпуска: таблетки по 0,005 и 0,01 г; порошок для инъекций 10 мг/мл.

Рisperидон – производное бензизоксазола. Используется для лечения различных форм шизофрении. Оказывает терапевтический эффект в отношении как продуктивных, так и негативных симптомов, а также для профилактики рецидивов и в фармакорезистентных случаях. Побочные явления: бессонница, тревога, тошнота, запоры, редко – экстрапирамидные расстройства. Противопоказан при индивидуальной непереносимости. Форма выпуска: таблетки по 0,002 и 0,004 г.

Сертиндол – производное фенилиндола. Нейрофармакологический профиль сертиндола обусловлен селективной блокадой мезолимбических дофаминергических нейронов и сбалансированным ингибирующим действием на центральные дофаминовые D_2 рецепторы и серотониновые 5-НТ₂ рецепторы, а также на α_1 – адренергические рецепторы. Препарат редко повышает уровень пролактина. Показания: лечение шизофрении. Побочные эффекты: ринит и затруднение дыхания носом, уменьшение объема эякулята, головокружение, сухость во рту, постуральная гипотензия, увеличение веса, периферические отеки, одышка, парестезии, удлинение QT интервал, гипергликемия, синкопальные состояния и судорожные расстройства, двигательные нарушения, включая позднюю дискинезию, пароксизмы желудочковой тахикардии. Сертиндол не рекомендуется назначать в экстренных ситуациях для купирования острых психотических расстройств из-за слабого седативного действия. Монотерапия сертиндолом не рекомендуется при выраженном психомоторном возбуждении в рамках острого психотического состояния. Форма выпуска: таблетки по 4, 12, 16 и 20 мг.

Наиболее эффективными атипичными антипсихотическими препаратами для купирования тревоги, агитации, психомоторного возбуждения, бессонницы являются оланзапин, азенапин, клозапин, кветиапин. При расстройствах восприятия и мышления целесообразно использовать рисперидон, zipразидон. В большей степени активирующим, дезингибирующим действием обладают амисульприд, арипипразол, сертиндол.

К группе высокопотентных атипичных антипсихотических средств относят клозапин, оланзапин, амисульприд, рисперидон, азенапин. Низкопотентные атипичные – кветиапин, арипипразол, сертиндол. Низкопотентные атипичные антипсихотические препараты оптимальны для назначения на этапе поддерживающей терапии в связи с низким риском развития побочных эффектов.

Дополнительная терапия для усиления антипсихотического эффекта при шизофрении
(Джонс П., Баркли П., 2009)

Класс препарата	Симптомы-мишени	Предпочтительный выбор
Антипсихотические средства: - типичные - атипичные	Позитивные симптомы	Типичные антипсихотические препараты, например, галоперидол
Стабилизаторы настроения: - вальпроевая кислота - карбамазепин - ламотриджин - топирамат	Позитивные симптомы; психомоторное возбуждение/агрессия	Препараты вальпроевой кислоты
Бензодиазепины	Психомоторное возбуждение/тревога	Клоназепам
Глутаматергические средства	Негативные симптомы	Глицин, d-циклосерин
Ингибиторы ацетилхолинэстеразы	Когнитивный дефицит	Допенезил
Антидепрессанты	Депрессивные симптомы	СИОЗС

Наряду с лекарственными препаратами для лечения шизофрении могут использоваться другие методы биологической терапии – инсулинокоматозная, судорожная и пирогенная.

Инсулинокоматозная терапия

Положительные моменты инсулинотерапии: хорошая эффективность при резистентных состояниях, глубокие и длительные ремиссии, отсутствие остаточной психопатологической симптоматики.

Отрицательные моменты: сложность и трудоемкость лечения (выделение особой палаты, персонала, особый режим питания), отсроченность действия на психопатологическую симптоматику (через 15–30 дней лечения).

Ремиссии после инсулинокоматозной терапии, как правило, не требуют поддерживающего лечения. Инсулинокоматозная терапия оказывает мощное воздействие на симптомы сравнительно глубоких уровней поражения в случаях, когда психофармакотерапия не может остановить прогрессиентность процесса.

Методика

Подбирают индивидуальную коматозную дозу инсулина – начинают с 4 ЕД, на второй день вводят 8 ЕД, далее дозу ежедневно повышают на 8 ЕД. При появлении признаков гипогликемии (вегетативные нарушения, сомноленция, оглушение и др.) на следующий день прежнюю дозу повторяют. Инсулинокоматозную терапию заканчивают постепенным (в течение 2–3 дней) уменьшением (на $1/4$ – $1/3$) дозы. Иногда терапию прекращают сразу без снижения дозы инсулина. Кому купируют через 10–15 минут внутривенным введением глюкозы.

Курс – 20–25 сеансов.

Показания: шизоаффективные расстройства, параноидный синдром (несистематизированный бред), неэффективность медикаментозной терапии в течение месяца, дальнейшее усложнение параноидного синдрома (расширение фабулы бреда, усложнение его структуры).

Варианты терапевтической тактики:

- проведение инсулинокоматозной терапии без предшествующего использования психотропных препаратов;
- переход к инсулинокоматозной терапии при резистентности к психофармакологическим средствам.

Побочные эффекты и осложнения: психомоторное возбуждение, повторные гипогликемии, затяжные комы, судороги, флебиты.

Данный метод лечения требует тщательного соматического обследования пациента.

Противопоказания: тяжелые заболевания ЦНС, дыхательной системы, язвенная болезнь, заболевания печени и

почек с нарушением функций, злокачественные опухоли, диабет и другие эндокринопатии, беременность.

Судорожная терапия

Судорожная терапия – это провокация с терапевтической целью судорожных состояний.

Использовать данный вид лечения разрешается только врачу с помощью среднего и младшего медицинского персонала. Применяется сравнительно редко, является “терапией отчаяния”.

Показания: затяжные депрессии в рамках шизофрении, кататонические фармакорезистентные состояния, фебрильная шизофрения.

Минимальная судорожная доза сугубо индивидуальна. Начинают с 80 В и экспозиции 0,5 с при отсутствии эффекта повышают напряжение тока на 10 В или экспозицию на 0,1 с.

Перед процедурой больной опорожняет кишечник и мочевой пузырь. Последний прием пищи должен быть не менее, чем за 3 часа до процедуры. Между малыми коренными зубами вставляется валик. Во время припадка придерживают конечности для предупреждения вывиха или перелома. После приступа голову поворачивают набок, чтобы дать отток слюне. Если дыхание спонтанно не возобновилось, интенсивно нажимают на нижнюю часть груди и поворачивают голову с одной стороны на другую.

Сеансы ЭСТ проводят через день 3 раза в неделю.

Курс – от 3–5 до 9–10 сеансов.

При гипертоксической (фебрильной) шизофрении в первые дни можно проводить 2–3 сеанса в день.

Противопоказания: тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной систем, опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов), органические заболевания головного мозга и нервной системы, эндокринные заболевания, болезни печени и почек, беременность, отслоение сетчатки.

При заболеваниях опорно-двигательного аппарата применяют миорелаксанты во время сеанса судорожной терапии.

Пирогенная терапия

Пирогенная терапия – это метод лечения посредством повышения температуры тела у пациента.

Данный вид терапии приводит к изменениям в иммунном статусе, снятию интоксикации, стимуляции компенсаторных возможностей организма.

Пирогенная терапия может быть основным видом лечения или составной частью лечебного комплекса.

Для получения фебрилитета используется пирогенал.

Пирогенал – это сложный липосахаридный комплекс, полученный в результате специальной обработки культур синегнойной, брюшнотифозной палочек и некоторых других бактерий. Препарат дает мягкий пирогенный эффект, повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера.

Показания: фармакорезистентные состояния при шизофрении, абстинентный синдром.

Методика: пирогенал вводится внутримышечно через день. Начинают с 25 минимальных пирогенных доз (МПД). Далее при отсутствии эффекта повышают на 25 МПД. Высшая доза пирогенала составляет 100 МПД.

Курс – 15–25 инъекций. Повторный курс проводят не ранее, чем через 2–3 месяца.

Осложнения: головная боль, озноб. При ознобе необходимо снизить дозу пирогенала.

Противопоказания: фебрильные состояния, беременность.

Психотерапия шизофрении

Задачами психотерапии при шизофрении являются:

- 1) предупреждение обострений;
- 2) компенсация негативной симптоматики;
- 3) снижение уровня стрессогенности социального окружения по отношению к больному;

- 4) преодоление социальных последствий заболевания;
- 5) психологическая адаптации социального окружения;
- 6) коррекция искажений восприятия и мотивационных структур.

Достижение этих задач не приводит к полному излечению пациента, но создает условия для социальной реабилитации больного – оптимизации взаимодействия пациента с окружающей средой.

Психотерапия психоза должна соотноситься с “моделью болезни”, которая предполагает, что симптом является следствием церебральной патологии и имеет своей целью не излечение пациента, а приобретение им нового опыта существования с психической болезнью как проблемой, не поддающейся полному устранению и доступной только ограниченному сознательному регулированию. Речь идет об адаптации прежнего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта пациента к его функционированию в условиях периодической или постоянной, биологически обусловленной, психической дезинтегрированности.

Решение вышеперечисленных задач возможно только при одновременном применении разнообразных психотерапевтических подходов. Наиболее эффективными психотерапевтическими методами являются различные варианты семейной психотерапии, направленные на снижение “выраженности эмоций” или “эмоциональной экспрессивности” (критические замечания, чрезмерная назойливость, эмоциональная холодность и враждебность со стороны членов семьи) по отношению к больному, оптимизацию социальных ожиданий к больному в семье, снижение “семейной нагрузки”.

Семейная психотерапия больных шизофренией

1. Снижение семейного стресса у членов семьи

Шизофрения, проявляющаяся отторженностью пациента от социального окружения, нарушением его коммуникаций и непредсказуемостью поведения, делает очень сложными взаимоотношения даже в тех семьях, которые хорошо справляются с другими кризисами. Поскольку трудно понять

причины и значение необычного поведения пациента, оно вызывает у членов семьи чувства вины, гнева или чрезмерной озабоченности. Эти чувства могут быть причиной возникновения или обострения уже имевшихся в семье “коммуникативных отклонений” и повышенной “выраженности эмоций”.

Для коррекции семейного стресса используются следующие техники: присоединение к семье, достижение лечебного контракта, беседы об истории кризиса и связанных с ним чувствах, о пациенте и болезни, достижение эмпатии во взаимоотношениях между членами семьи и психотерапевтом, выработка практических предложений, которые мобилизуют и трансформируют эмоциональное напряжение в эффективные механизмы совладания со стрессом.

Членам семьи предлагаются ясные правила, благоразумные и умеренные ожидания, которые упрощают семейные интеракции, поддерживают и облегчают эффективные межличностные и межвозрастные границы. Ясные границы и правила способствуют поддержанию структуры и предсказуемости семейной жизни и снижают хаос, гиперстимуляцию и необходимость принятия скоропалительных решений в кризисных ситуациях.

Если члены семьи знают об основных принципах регулирования обостряющегося поведения больного, то они обычно меньше реагируют на его отклоняющееся поведение, более уважительны к потребности пациента в поддержании индивидуальной комфортной межличностной дистанции, контролируют собственную дистанцию во взаимоотношениях с пациентом и более уверены в возможности сосуществования с пациентом.

2. Повышение понимания заболевания членами семьи

Обеспечение родственников информацией относительно этиопатогенеза, течения, прогноза, симптоматики, эффективного управления заболеванием направлено на снижение у них чувства вины, раздражительности и других эмоциональных переживаний, приводящих к гиперпротективному или чрезмерно критичному поведению.

Конечной целью такой работы является доведение максимальной информации о заболевании до родственников для их полного представления о болезни и способах ее преодоления. Это достигается с помощью постепенного и дозированного информирования о тяжести и последствиях заболевания, выявлении разногласий в вопросе о природе заболевания у родственников, больного и терапевта.

Усилия должны быть направлены на снижение вероятности негативного или чрезмерно упрощенного одностороннего взгляда родственников на больного. Наибольшее внимание уделяется крайним позициям:

- а) мнению членов семьи о том, что пациент “неизлечимо болен” или что он не может контролировать свое поведение;
- б) точке зрения на больного как имеющего дурной характер или как вполне способного контролировать свое поведение, но не делающего этого только из-за собственной вредности или лени.

В первом случае родственники склонны реагировать чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в состояние пациента, чрезмерной сосредоточенностью на нем и постоянно пытаются поддержать и ограничить больного, чтобы компенсировать реальный, но все-таки преувеличенный ими дефект. И хотя проявление определенной доли протективности необходимо, все-таки чрезмерная протекция является дополнительным стрессогенным фактором для всех членов семьи, включая самого больного.

Гиперпротективные семьи не склонны нагружать пациента нереалистичными ожиданиями, но они часто не способны обеспечить пациента адекватными представлениями о социальной структуре и границах, необходимыми для того, чтобы упростить восприятие больным окружающей среды, минимизировать порожденное болезнью диссоциированное восприятие и создать условия для индивидуального роста.

Во втором случае родственники, предполагая, что пациент может исправить свое проблемное поведение с помощью силы воли, реагируют критикой, гневом и враждебностью. Эти крайние точки зрения часто зависят от непонимания

близкими сути психотического процесса, приводя к неправильной трактовке ими девиантного поведения больного и обуславливая такие эмоциональные ответы на это поведение, которые часто становятся мишенями для бреда и страхов пациентов.

Обеспечение родственников больного информацией приводит к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному, а также способствует более адекватному использованию имеющихся в распоряжении семьи поведенческих навыков.

В результате происходит снижение конфликтов между членами семьи, которые приобретают более адекватные представления о возможностях пациента и оказываются способными к более правильным путям реагирования на его поведение. Таким образом, эмоциональная напряженность семейной жизни снижается, а конструктивная поддержка усиливается.

3. Улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно-решающего поведения

Семьи больных уже к моменту манифестации заболевания имеют проблемы во взаимоотношениях в виде “коммуникативных отклонений”, проявляющихся аморфностью, неясностью и фрагментарностью коммуникаций, и порожденные этим сложности в разрешении внутрисемейных конфликтов. Для уменьшения этих проявлений обычно используются техники поведенческого и ролевого тренинга.

Целями поведенческого тренинга и ролевого тренинга являются:

- 1) снижение уровня критических замечаний по отношению к пациенту путем разграничения поступков, обусловленных заболеванием, от поступков, связанных с особенностями межличностных отношений;
- 2) создание во время занятий условий для дистанцированного обсуждения эмоционально горячих тем в присутствии терапевта как лица нейтрального и незаинтересованного;

- 3) осуществление поддержки больного в случае чрезмерного давления со стороны членов семьи (требования, претензии, критика);
- 4) коррекция коммуникативных нарушений путем воодушевления родственников к более короткому, ясному и прямому выражению своих мыслей;
- 5) оптимизация эмоциональной дистанции между пациентом и родственниками;
- 6) негрубое директивное вмешательство в неконструктивные и имеющие характер “двойной связи” коммуникации между больным и родственниками;
- 7) формирование адекватных ожиданий от больного путем конструктивного обсуждения его реальных возможностей и ограничений, а также с помощью контролируемых и постепенно усложняющихся домашних заданий;
- 8) проигрывание типичных семейных конфликтов во время сессии с последующим их обсуждением и повторным проигрыванием в более ясной коммуникативной манере.

4. Нормализация социальных контактов семьи

Как у самих больных шизофренией, так и у их родственников имеется тенденция к сокращению связей с социальной средой, которая могла бы быть потенциальным буфером от стрессовых влияний. Известно, что здоровые члены семьи с низкой или уменьшенной социальной поддержкой больше вовлекаются в гиперпротективные или критикующе-враждебные отношения с пациентами. Кроме того, дефицит внешней социальной поддержки приводит к увеличению количества времени, которое родственники проводят друг с другом, интенсифицируя эмоциональные отношения, что чревато обострением заболевания у пациента.

Доказано, что социальная изоляция семьи является наиболее важным фактором, снижающим качество жизни больных шизофренией. По этой причине большое значение должно уделяться увеличению как количества, так и качества социальных контактов.

Проблемой для психотерапевта является реакция семьи на стигматизирующий эффект психического заболевания. Процесс, который происходит в семье после манифестации заболевания у родственника, был обозначен термином само-стигматизация семьи.

Характерными признаками самостигматизации семьи являются:

- а) социальная самоизоляция семьи, сокрытие от окружающих информации о заболевании родственника и фиксация на своей проблеме;
- б) демонстрация исключительности своей ситуации, обусловленной психическим заболеванием члена семьи.

Выделяют следующие этапы семейной самостигматизации:

- первый этап, когда члены семьи стараются скрыть факт заболевания родственника, что обычно осуществляется за счет ограничения прежних социальных контактов;
- второй этап наступает в том случае, когда сокрытие информации о заболевании становится невозможным по причине заметной для окружающих социальной дезадаптации больного или из-за его необычного поведения. Именно этот этап является критическим для нахождения семьей путей приспособления к проживанию с психически больным;
- на третьем этапе семейная адаптация завершается либо окончательной изоляцией семьи, противопоставлением себя обществу, принятием роли изгоев и т.п., либо семья находит адекватные пути приспособления, вырабатывая нейтрально-доброжелательное отношение к больному в семье. Тогда здоровые члены семьи получают возможность для нормализации своего досуга и повседневной активности, восстановления прежних или создания новых социальных связей.

5. Уменьшение длительно существующих разногласий, вызывающих стресс в семье

Это могут быть специфичные для семей больных шизофренией проблемы. К их числу относятся отношения между родителями и детьми, а также конфликты между сиблингами, обусловленные с финансовыми взаимоотношениями, семейными тайнами и т.д.

Длительно существующие проблемы могут провоцировать (вследствие повышенной эмоциональной чувствительности как самих больных, так и после возникновения заболевания – вследствие интенсификации эмоциональной напряженности семьи в целом) обострения состояния, а также способствовать резистентности симптоматики к проводимой фармакотерапии.

Для их решения необходимо использовать техники структурной и системной семейной психотерапии.

Выделяют 2 этапа динамики семейной системы при проведении психотерапии у больных шизофренией:

- 1) этап адаптации семьи к психической болезни родственника;
- 2) этап превращения семейной среды в терапевтическую.

На первом этапе в процессе адаптации членов семьи к проживанию с больным родственником происходит:

- а) снижение уровня стресса, вызванного фактом возникновения заболевания у родственника;
- б) преодоление чувства вины или чрезмерной тревоги по отношению к заболевшему родственнику;
- в) адекватное отношение к заболеванию;
- г) выработка толерантности к периодическим ухудшениям состояния больного и научение способам совладания с проявлениями заболевания и адекватного эмоционального реагирования на них;
- д) создание оптимальной эмоционально-психологической дистанции между пациентом и членами семьи;
- е) предъявление адекватных ожиданий к больному;

- ж) сохранение существовавших до заболевания конструктивных элементов стиля и образа жизни семьи;
- з) сохранение или восстановление социальных связей семьи.

После достижения достаточного уровня адаптации членов семьи к психическому заболеванию родственника, обычная семейная среда становится терапевтической. Пациент начинает чувствовать, что обладает прежней свободой, как и до болезни, что существующие социальные ограничения носят временный и действительно обоснованный характер, что его заболевание не принесло чрезмерного ущерба его родным, что он в любой момент может получить помощь и поддержку, что от него никто не будет требовать невозможного или психологически непреодолимого, что его незначительные (по сравнению с доболезненным уровнем) успехи поощряются, что проявления заболевания не идентифицируются окружающими с его личностью.

В такой ситуации факт болезни постепенно теряет свою катастрофичность и больной получает возможность шаг за шагом создавать эффективные стратегии совладания с заболеванием и адаптации к социальной среде, спонтанно развивая процесс Я-отмежевания.

Одной из важных характеристик терапевтической семейной среды являются ясные и одновременно гибкие границы как внутри семьи, так и между семьей и окружающим ее социальным пространством. Такая структура укрепляет идентичность не только пациента, но и здоровых членов семьи, часто имеющих значительную дисгармонию в своем индивидуальном развитии.

Контрольные вопросы

1. Факторы, определяющие терапевтическую тактику при шизофрении.
2. Спектр терапевтической эффективности антипсихотических средств.

3. Классификация антипсихотических препаратов по химической структуре.
4. Понятие аминазинового эквивалента.
5. Характеристика типичных антипсихотических средств.
6. Характеристика атипичных антипсихотических препаратов.
7. Побочные эффекты антипсихотических препаратов.
8. Купирование нейролептического синдрома.
9. Дополнительная терапия при шизофрении.
10. Инсулинокоматозная терапия при шизофрении.
11. Электросудорожная терапия при шизофрении.
12. Пирогенная терапия при шизофрении.
13. Психотерапия шизофрении.

Л и т е р а т у р а

Основная литература

Клиническая психиатрия / Под ред. Т.Б. Дмитриевой: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР, 1999. – 602 с.

Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.; Т. 2. – 784 с.

Дополнительная литература

Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). – 2-е изд. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.

Бобров А.С. Шизофрения. Избранные вопросы клиники и терапии. – Иркутск, 2008. – 228 с.

Гаррабе Ж. История шизофрении. – М. –СПб., 2000. – 303 с.

Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. – М.: Высшая школа психологии, 2002. – 304 с.

Джонс Питер Б., Бакли Питер Ф. Шизофрения: Клиническое руководство / Под ред. С.Н. Мосолова: Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 192 с.

Кемпинский А. Психология шизофрении. – СПб.: Наука, 1998. – 293 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

Лаукс Г., Меллер Х.Ю. Психиатрия и психотерапия: Справочник / Под ред. П.И. Сидорова: Пер. с нем. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 512 с.

Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – М.: Сфера, 2005. – 308 с.

Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2000. – 402 с.

Психиатрия. Справочник практического врача / Под ред. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 592 с.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Пер. с нем. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.

Снежневский А.В. Руководство по психиатрии в 2 т. – М.: Медицина, 1983 г. – Т.1. – 480 с.; Т.2. – 544 с.

Фуллер Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. – СПб.: Питер Пресс, 1996. – 448 с.

Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрения: Пер. с нем. – М.: Алетея, 1998. – 200 с.

Шизофрения. Изучение спектра психозов / Под ред. Р. Дж. Энсилла, С. Холидея, Дж. Хигенботтэма: Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001. – 392 с.

Эпидемиология психических расстройств и психосоциальных проблем. Шизофрения. – ВОЗ. Женева, 1996. – 191 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ЕД – единицы
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра
- МПД – минимальная пирогенная доза
- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- ЦНС – центральная нервная система
- ЭСТ – электросудорожная терапия
- DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания)
- DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам V издания)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Понятие шизофрении	4
Развитие концепции шизофрении	7
Эпидемиология шизофрении	10
Этиология и патогенез шизофрении	12
Классификация шизофрении	14
Клинические проявления шизофрении	18
Диагностика шизофрении	23
Течение шизофрении	38
Прогноз при шизофрении	48
Возрастные особенности шизофрении	51
Проблемы диагностики шизофрении	59
Лечение шизофрении	61
Литература	88
Список сокращений	90

Шизофрения

Учебное пособие

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

Л.Б. Абрамова

Компьютерная верстка

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 08.08.17 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 5,75.

Тираж 50 (август).

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.