

**М. М. СКУГАРЕВСКАЯ**

# **ШИЗОФРЕНИЯ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**М. М. СКУГАРЕВСКАЯ**

# **ШИЗОФРЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616.895.8(075.8)  
ББК 56.14я73  
С46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2021 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, уч. секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

**Скугаревская, М. М.**  
С46 Шизофрения : учебно-методическое пособие / М. М. Скугаревская. – Минск : БГМУ, 2021. – 31 с.

ISBN 978-985-21-0873-7.

Изложены современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и лечении расстройств шизофренического спектра.

Предназначено для студентов 3–5-го курсов всех факультетов.

УДК 616.895.8(075.8)  
ББК 56.14я73

ISBN 978-985-21-0873-7

© Скугаревская М. М., 2021  
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Шизофрения** — тяжелое психическое расстройство, характеризующееся нарушением взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением. Данное расстройство относится к группе психозов, для которых характерны бред или галлюцинации, сопровождающие грубыми нарушениями контакта с реальностью. Этим шизофрения отличается от невротических расстройств, проявляющихся в основном тревогой и депрессией. Однако бред и галлюцинации не обязательны для шизофрении, заболевание проявляется и множеством других, не таких очевидных, симптомов, например негативными симптомами — апатией (безразличием), абулией (безволием), эмоциональной бедностью, бедностью речи и др.

Шизофрения распространена повсеместно, во всех странах и социально-экономических слоях общества, ею страдает примерно 1 % любой популяции в мире. Шизофрения — не самое часто встречающееся психическое расстройство (к сведению, самые частые — это тревожные расстройства), однако из-за необычности и непонятности проявлений для окружающих с нею нередко отождествляют психиатрию. Тема шизофрении широко представлена в искусстве (например, в кинофильмах «Чистый, бритый» (1994), «Игры разума» (2001), «Солист» (2009) и др.), литературе, но часто стигматизирована (имеет «клеймо» в общественном сознании). Существует множество предубеждений в отношении данного заболевания, неоправданного страха перед такими пациентами, их социального отвержения. Несмотря на тяжесть и хронический характер, шизофрения во многих случаях достаточно успешно поддается лечению. Пациенты с шизофренией не совершают больше правонарушений и не более агрессивны, чем «психически здоровые» люди. В последние годы делаются попытки преодолеть стигматизацию психических расстройств в целом и шизофрении в частности, и для этого необходимо наличие адекватных знаний о заболевании у врачей любой специальности.

Шизофрения гетерогенна, это, скорее, группа заболеваний со множеством этиологических факторов и патофизиологических механизмов. Заболевание возникает, как правило, рано в процессе индивидуального развития и существенно нарушает функционирование, часто приводит к инвалидизации. Риск заболеть шизофренией несколько выше у мужчин. Средний возраст начала заболевания у мужчин — 15–25 лет, у женщин — 25–35 лет. Также достаточно часто встречается начало в подростковом возрасте. Это наблюдение Э. Крепелина в начале XX в. дало первое название шизофрении — *dementia praecox*, или слабоумие, начинающееся в подростковом возрасте. Позже Э. Блейлер предложил название «шизофрения».

Термин «шизофрения» происходит от др.-греч.  $\sigma\chi\acute{\iota}\zeta\omega$  — расщеплять, раскалывать и  $\phi\rho\acute{\eta}\nu$  — ум, мышление, мысль и обозначает разобщение различных аспектов психической деятельности, но не «раздвоение личности», как ошибочно полагают некоторые. Стигматизирующий и недостаточно точный термин «шизофрения» в последние годы пытаются заменить на более подходящий, более точно описывающий заболевание. Предлагалось множество названий: эндогенный психоз, болезнь Крепелина, болезнь Блейлера, синдром Джона Нэша (по имени нобелевского лауреата, страдавшего шизофренией), расстройство дофаминовой дисрегуляции, социальное мозговое расстройство и др. В некоторых странах Азии шизофрения официально переименована: в Японии с 2005 г. используется термин «расстройство интеграции», в Южной Корее с 2011 г. — «Attunement disorder», что можно перевести как «расстройство настройки», в Тайване с 2012 г. используется термин «Дисрегуляция мыслей и восприятия». К единому мнению относительно необходимости переименования шизофрении пока не пришли, в современных классификациях психических расстройств (DSM-5 и МКБ-10) термин «шизофрения» сохранен.

Начало изучения шизофрении связывают с именами Крепелина и Блейлера, которые подробно описали ее в начале XX в. Однако это не значит, что шизофрении раньше не было. В источниках литературы есть упоминания похожих на шизофрению случаев, которые трактовались, как правило, с религиозно-мистических позиций.

Экономические последствия шизофрении для общества очень высоки. Прямая «стоимость» шизофрении связана с непосредственными затратами на лечение и реабилитацию пациентов. Сроки стационарного лечения при обострениях заболевания могут достигать нескольких месяцев. К непрямым затратам относится ущерб из-за временной утраты трудоспособности самих пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, отказа от профессионального роста. Также большие затраты связаны с высокой коморбидностью с соматическими заболеваниями, инвалидностью в связи с утратой трудоспособности. Значимым является выраженный психологический дистресс у заболевших и членов их семей из-за дискриминации и стигматизации, что также может потребовать оказания психологической помощи.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Окончательно этиология и патогенез шизофрении не установлены, однако имеется ряд научно подтвержденных фактов, существуют взаимодополняющие модели и гипотезы развития заболевания.

Основной моделью развития шизофрении является **нейроонтогенетическая**. Согласно этой модели шизофрения — заболевание головного

мозга, при котором имеется наследственная (генетическая) предрасположенность, а также значимы средовые, социальные и психологические факторы (табл. 1, рис. 1).

Наследственные факторы определяют до 80 % риска развития шизофрении. При этом наследование не определяется классическими менделевскими законами. Если шизофренией болен один из родителей, то для ребенка риск заболеть составляет около 12 % (при среднепопуляционном риске 1 %). Наличие монозиготного близнеца, больного шизофренией, повышает риск заболевания в 46 раз, наличие дизиготного близнеца — в 14 раз.

Оставшиеся порядка 20 % риска развития шизофрении обусловлены вкладом средовых факторов. В первую очередь, это осложнения беременности и родов: грипп во время беременности (2-й триместр), пренатальная пищевая депривация, низкая масса тела матери, резус-конфликт; повреждения головного мозга в перинатальном периоде и в раннем детстве. Повышают риск развития шизофрении такие социальные факторы, как урбанизация, миграция.

Таблица 1

**Значения относительных рисков развития шизофрении для генетических и средовых факторов (R. Tandon, 2008)**

<b>Фактор риска</b>	<b>Средний относительный риск шизофрении</b>
Наследственная отягощенность по шизофрении:	2–70
– монозиготные близнецы	50–70
– шизофрения у обоих родителей	40–60
– дизиготный близнец или родственник 1-й линии родства	9–18
– родственники 2-й линии родства (например, бабушка, дедушка)	3–6
– родственники 3-й линии родства (например, двоюродные брат, сестра)	2–3
Любая из специфических генных мутаций	1,1–1,5
Урбанизация	2–3
Миграция	2–3
Инфекция или недостаточное питание матери в 1-м или 2-м триместре беременности	2–3
Рождение зимой	1,1
Акушерские, перинатальные осложнения	2–3
Употребление каннабиса или других психоактивных веществ (ПАВ)	2–3
Возраст родителей старше 35 лет	1,5–3
Мужской пол	1,4

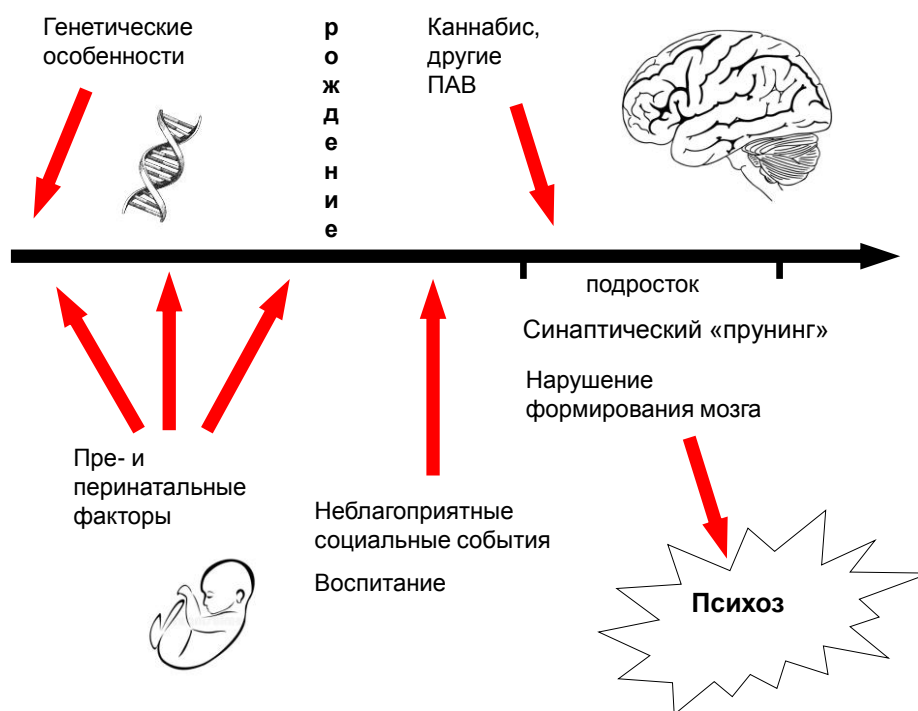


Рис. 1. Модель развития шизофрении

При наличии генетической предрасположенности повреждение в перинатальном периоде (проблемы беременности и родов) приводит к повышенному риску развития психоза в позднем подростковом — раннем взрослом возрасте. Непосредственными провоцирующими факторами развития шизофрении может быть острый стресс, употребление ПАВ (например, каннабиноидов). Воздействие факторов урбанизации и миграции на риск развития шизофрении связано с повышенным уровнем стресса в городах, при попадании в незнакомое окружение — с необходимостью интенсивного общения с множеством незнакомых людей.

Следует обратить внимание на интересный момент: большинство факторов риска шизофрении являются врожденными или затрагивают ранний период жизни, а болезнь проявляется спустя 17–18 лет. Объяснить этот факт может модель развития шизофрении, связанная с понятием синаптического «прунинга» (pruning) — прореживания избыточных нефункциональных синаптических связей. В норме у детей 3–5 лет нейроны имеют большое количество синаптических связей. В процессе развития человека в подростковом возрасте происходит устранение («прунинг»), излишних синаптических связей, уменьшается плотность корковых синапсов, в результате чего мозг взрослого человека становится более эффективным, специализированным, зрелым, способным к логическому мышлению, абстрагированию, математическим навыкам. В ряде случаев наблюдается избыточная редукция синаптических связей либо возможна ситуация, когда этих связей изначально было немного (в силу генетических особенностей, перинатальной патологии), и физиологический «прунинг» приводит к снижению

синаптической плотности, препятствующей нормальному функционированию мозга. В результате нарушение кортикальных связей проявляется в виде галлюцинаций, бреда, расстройств мышления, т. е. развивается психоз.

**К нейробиологическим изменениям** при шизофрении, отражающим ее патогенетические механизмы, относят структурные изменения головного мозга, выявляемые с помощью методов нейровизуализации (снижение объема серого мозгового вещества, увеличение объема желудочков мозга, повреждения белого вещества, изменения мозговой симметрии, увеличение базальных ганглиев и др.), изменения нейрофизиологических показателей (нарушения вызванных потенциалов, плавности следящих движений глаз, саккадических движений глаз и др.), нейрохимические нарушения (увеличение плотности D2-дофаминовых рецепторов, нарушение экспрессии глутаматных (NMDA) рецепторов в гипоталамусе и др.), нарушения в гистологической структуре головного мозга.

### ***Нарушения нейромедиаторного обмена при шизофрении:***

**I. Дисрегуляция в дофаминергических проводящих путях.** Наблюдается гиперактивность мезолимбических дофаминергических нейронов, что проявляется такими симптомами, как бред, галлюцинации, дезорганизация.

В префронтальных отделах коры головного мозга (мезокортикальные проводящие пути) при шизофрении наблюдается снижение дофаминовой активности, и с этим связывают развитие негативных, когнитивных и аффективных симптомов шизофрении. Нигростриальные и тубероинфундибулярные проводящие пути интактны при данном заболевании.

Доказательством интегрированной дофаминовой гипотезы шизофрении служат следующие факты:

1. Все эффективные антипсихотики действуют как антагонисты D2-дофаминовых рецепторов. Степень антагонизма коррелирует с клинической эффективностью лекарственного средства.

2. Дофаминовые агонисты (например, амфетамины, кокаин, L-дофамин, бромокриптин) могут индуцировать психотические симптомы.

Негативные симптомы усугубляются при назначении D2-антагонистов.

**II. Глутаматергическая гипоактивность.** При шизофрении снижена активность NMDA-рецепторов в глутаматергических проводящих путях, связывающих пирамидные нейроны коры со стволом мозга и префронтальную кору со стриатумом, а также в таламокортикальных, кортикоталамических и кортикокортикальных путях. С гипofункцией глутаматных рецепторов также связана дофаминовая дисрегуляция. Антагонисты NMDA-рецепторов (кетамин, фенциклидин) вызывают симптомы шизофрении (в том числе негативные) у здоровых добровольцев. Эффекты кетамина купируются антипсихотиками.



## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основными группами симптомов, характерными для шизофрении являются:

- позитивные симптомы;
- негативные симптомы;
- когнитивные симптомы.

**Позитивные** (син. продуктивные) **симптомы**, т. е. феномены, которых в норме не бывает, «избыточные». К ним относят бред, галлюцинации, грубую дезорганизацию речи и поведения. Эти симптомы обращают на себя внимание в первую очередь, на них основывается диагностика шизофрении, хотя они и являются неспецифическими для данного заболевания. Продуктивные симптомы выявляются на основании высказываний пациента и анализа его поведения.

Из **бредовых идей** для пациентов характерны идеи вкладывания/отнятия мыслей (какая-то сила вкладывает чужие мысли в голову или забирает мысли, возможно, с помощью какой-нибудь аппаратуры), открытости мыслей (ощущение, что мысли пациента могут, как радио, сообщаться окружающим), бред воздействия (кто-то воздействует на пациента, например посредством компьютеров, вызывает боли в животе), отношения (например, убеждение в том, что информация в новостной программе является знаком пациенту от внешних сил).

*Пример:* 21-летний мужчина, студент, оставил учебу 6 месяцев назад, не работает, проживает с родителями. Впервые осматривается психиатром. Выглядит испуганным. Он абсолютно убежден, что его преследуют и его жизнь подвергается опасности. Когда он идет по городу, он уверен, что люди смотрят на него, говорят о нем и планируют, как его убить. Говорит, что не может никому доверять, в том числе и друзьям. Обратился в больницу, а не в милицию, так как считает, что милиция также участвует в сговоре. Пациент убежден, что милиция установила камеры слежения в его квартире и наблюдает за ним. Он считает, что другие завидуют его таланту и успешности. Пациент убежден, что у него есть особые способности, благодаря которым он обнаружил заговор вокруг себя. Пациент стал носить с собой нож для защиты от своих врагов.

**Галлюцинации** при шизофрении чаще всего вербальные («голоса», которые комментируют происходящее с пациентом, могут говорить о нем в третьем лице или вести с ним диалог). Реже встречаются другие типы галлюцинаций (зрительные, тактильные, обонятельные).

Характерным (но не обязательным) для шизофрении является *синдром Кандинского–Клерамбо* (синдром психического автоматизма).

*Пример.* Пациент М., мужчина, возраст 24 года. Впервые госпитализирован в психиатрическое отделение. Поступил в сопровождении сотруд-

ников милиции, так как в ночное время пытался проникнуть в городскую церковь, выбить дверь. При задержании утверждал, что он «мессия» и должен укрыться в храме от агентов КГБ. При расспросе о его проблемах он говорит, что последние несколько месяцев за ним следили правительственные агенты. Он слышал громкий голос, комментирующий его мысли и передающий их в правительство. Пациент абсолютно уверен, что за всем этим стоит правительство, но не может объяснить почему. Какое-то устройство дает доступ правительству в его голову, и голос предупреждает, как себя вести. Голос велел ему идти в церковь. Это мужской голос, который ему незнаком. Первоначально голос появлялся и исчезал, но последние несколько недель он присутствует почти постоянно, и пациент совсем не может спать, потому что, даже когда он спит, голос комментирует его мысли.

Грубая дезорганизация речи часто проявляется в виде **шизофазии** (словесной окрошки), когда речь теряет логическую последовательность, структуру, становится непонятной. Могут игнорироваться правила грамматики и синтаксиса, слова кажутся связанными друг с другом случайно. Из предложения могут выпадать союзные слова и наречия, теряется правильное использование падежей, ключевые слова могут заменяться другими словами таким образом, что теряется общий смысл предложения.

Нарушения речи (отражают нарушения мышления), в целом, характерны для шизофрении как в периоды обострения, так и вне их. Часто встречаются **соскальзывания** в речи (разрыхление ассоциаций), когда спонтанная речь пациента характеризуется переходом от одной мысли к другой, плохо или отдаленно связанной с первой. Последовательные мысли могут быть вообще не связаны между собой. В спонтанной речи соскальзывания обычно наслаиваются друг на друга, и пациент постепенно удаляется от основной темы разговора все дальше по мере возникновения новых соскальзываний. Часто наблюдается отсутствие конструктивных связей между фразами с неправильным использованием местоимений. Речь пациента может изобиловать **ассоциациями по созвучию**. Пациент выбирает слова для построения речи больше по созвучию, чем по семантической и смысловой необходимости. Нередко фразы рифмуются, идет игра слов, фонетическая близость термина может приводить к развитию новой мысли. Могут присутствовать **неологизмы** — новые слова или фразы, происхождение которые сложно понять.

**Пример** нарушений мышления прослеживается в текстах дневника известного российского танцора Вацлава Нижинского, диагноз которому установил сам Блейлер в 1919 г.: «Я хорошо позавтракал, ибо съел два яйца всмятку и жареный картофель с бобами. Я люблю бобы, только они сухие. Я не люблю бобы сухие, ибо в них нет жизни. Швейцария больная, ибо она вся в горах. В Швейцарии люди сухие, ибо в них нет жизни. Я имею горнич-

ную сухую, ибо она не чувствует. Она много думает, ибо ее иссушили в другом месте, где она прислуживала долго. Я не люблю Цюриха, ибо он город сухой, в нем много фабрик, а затем много людей деловых. Я не люблю людей сухих, а поэтому не люблю людей деловых».

*«Я не искусственный. Я жизнь. Театр не жизнь. Я знаю театральные обычаи. Театр становится привычкой. Жизнь — нет. Я не люблю театр с квадратной сценой. Мне нравится круглая. Я построю круглый театр, как глаз. Я люблю близко смотреть на себя в зеркало и вижу лишь один глаз — во лбу».*

Для шизофрении также характерно **дезорганизованное поведение**, в частности бесцельное хождение, бормотание и беспричинный смех, странный вид, неряшливость или неопрятность. Грубая дезорганизация поведения может проявляться **кататонией** (ступором или возбуждением).

Проявления дезорганизации в речи и поведении иногда выделяют в отдельную группу симптомов — симптомы дезорганизации.

**Негативные симптомы** — выпадение присутствующих в норме характеристик (бедность речи, эмоциональное уплощение, дефицит воли, ангедония, социальная изоляция и др.). Именно негативные симптомы во многом определяют суть шизофрении. Эти симптомы в сочетании с когнитивными нарушениями ограничивают возможности функционального восстановления пациентов с шизофренией, препятствуют их способности участвовать в лечебных программах. Негативные симптомы присутствуют примерно у 60 % амбулаторных пациентов с шизофренией (J. Vodes, 2010).

Несмотря на очевидную значимость негативных симптомов, существуют определенные трудности с их диагностикой. Связано это с явной субъективностью оценки этих феноменов. Врач может испытывать сложности при определении «отсутствия», дефицита чего-либо в психической сфере. Диагностика основывается на наблюдении за пациентом, опросе информантов, в меньшей степени — на описании своих переживаний самим пациентом. Внешне негативные симптомы могут проявляться гипомимичным, маскообразным выражением лица, пренебрежением к своему внешнему виду, социально-гигиенической запущенностью. Обычно выделяют пять доменов негативных симптомов (табл. 2).

Таблица 2

**Основные домены негативных симптомов (B. Kirkpatrick, 2006)**

Домен	Область нарушений	Проявления
Алогия	Нарушение коммуникации	Бедность речи, пациент говорит мало, односложно, наблюдается снижение спонтанности речи
Аффективное уплощение	Нарушение проявления эмоций	Снижение степени выраженности и богатства эмоциональных реакций (восприятие, переживание и экспрессия). Снижение мимической и голосовой выразительности

Домен	Область нарушений	Проявления
Асоциальность	Нарушение социализации	Снижение социальных коммуникаций, общения. Например, отсутствие интереса к сексу, отсутствие друзей, нежелание формировать тесные отношения
Ангедония	Нарушение способности получать удовольствие	Снижение интенсивности положительных эмоций, способности получать удовольствие. Например, ранее существовавшие интересы или хобби не приносят радости
Абулия	Мотивационные нарушения	Снижение побуждения, мотивации, целенаправленности действий. Например, неспособность выполнять повседневные задания, нарушение личной гигиены

**Когнитивные симптомы** — нарушение познавательных функций, внимания, скорости обработки информации, кратковременной памяти, способности планировать свою деятельность и принимать решения, гибкости мышления (изменение стратегии в зависимости от изменившихся условий), социальных когниций (способности понимать эмоции и намерения других людей). Также часто бывает затруднено понимание юмора, шуток, иносказаний.

При шизофрении могут наблюдаться **любые другие психические симптомы**: тревога, депрессия, нарушения сна, навязчивые состояния и др. Пациенты могут злоупотреблять алкоголем и другими психоактивными веществами. Могут быть проявления агрессии в отношении себя, других людей, предметов. Эти проявления неспецифичны для шизофрении, но значимы для определения подходов к лечению.

**Пример.** *Случай Джона Нэша — лауреата Нобелевской премии по экономике (1994) и премии Абея (2015).*

*Джон Форбс Нэш родился в 1928 г. в США. Он был старшим ребенком в семье инженера-электрика и учительницы английского языка.*

*В школе Джон учился не очень хорошо. С детства отличался от других детей, не имел друзей, вел себя эксцентрично. Учителя в школе отмечали у него недостаток социальных навыков, поэтому считали отстающим. Джон шутил над одноклассниками «на грани фола». Он рисовал карикатуры на одноклассников, любил мучить животных, однажды пытался заставить свою младшую сестру сидеть на стуле, который он обмотал проводами, подключенными к аккумулятору. Примерно с 14-летнего возраста Джон стал усиленно заниматься математикой, у него это хорошо получалось. Во время учебы в колледже однокурсники так описывали его поведение: «Он вел себя странно. Играл на одной клавише пианино, снова и снова. Оставлял тающее мороженое на стопке своей брошенной одежды. Мог пройтись по спящим однокурсникам, чтобы выключить*

свет». В то же время он был очень успешен в математике. Институтский преподаватель снабдил его весьма лаконичным рекомендательным письмом в одну строку: «Он — гений математики».

В возрасте 21 года Джон Нэш написал работу, посвященную теории игр, за которую спустя 45 лет получил Нобелевскую премию. Наибольшую популярность получили две его идеи: теория игр, широко применяющаяся в экономике, политологии и общественных науках, и формула равновесия, следуя которой участники проигрывают, если один из них в одностороннем порядке изменит решение. Абелевскую премию он получил за развитие теории нелинейных дифференциальных уравнений (работы, написанные до 30-летнего возраста).

В период работы в Принстонском университете его характеризовали как «совершенно ужасного» в общении. Он не смотрел на собеседника, не проявлял эмоций, не отвечал на вопрос, если считал его недостаточно хорошим.

В возрасте 26 лет Джон Нэш был задержан полицией за непристойное поведение в мужской раздевалке на пляже, после чего он лишился привилегий на работе: у него отозвали допуск к секретной информации. Странности в поведении усиливались. Например, однажды на новогоднюю вечеринку он спустился, одетый в памперс и повязку с надписью «1959». Большую часть вечеринки он провел, свернувшись, как ребенок, на коленях у жены. На работе Джон Нэш как-то зашел в комнату с копией газеты «Нью-Йорк Таймс» и говорил о том, что в ней содержится зашифрованное послание из космического пространства, предназначенное только ему.

Болезнь развивалась стремительно, и скрывать ее от общественности было все труднее. Джон по решению семьи принудительно был помещен в психиатрическую больницу. Ему поставили диагноз «параноидная ишизофрения». На протяжении двух месяцев он лечился в больнице с применением инсулиношоковой терапии. После выписки он с женой, оставив новорожденного сына родителям, решил уехать в Европу. Джон Нэш пытался найти политическое убежище, но не смог, и был депортирован в США.

В дальнейшем на протяжении нескольких десятилетий у Нэша отмечались эпизоды обострений заболевания и ремиссии. Он потерял работу, бродяжничал, развелся с женой (позже они вновь заключили брак).

Сам Джон Нэш говорил о своих переживаниях: «...Я стал видеть крипто-коммунизм везде... Я начал думать, что я человек величайшей религиозной значимости, я слышал голоса все время. Я начал слышать что-то как телефонный звонок в голове от людей, не поддерживающих мои идеи. Это было как сон, от которого, казалось, я никогда не смогу очнуться». Если на человеке был красный галстук, Нэш считал, что перед

ним стоит участник коммунистического заговора. Лечился Нэш нерегулярно, отказывался от приема лекарств.

После очередной неудачной поездки в Европу Нэш с помощью бывших коллег устроился в Принстонский университет. Большую часть времени он проводил в блуждании между корпусами университета, говорил о себе в третьем лице как о «Джоанне фон Нассау», писал бессмысленные открытки, звонил бывшим коллегам, которые вынуждены были выслушивать его бесконечные рассказы о нумерологии и всемирном политическом заговоре.

В 1980-х гг. симптомы заболевания стали менее отчетливыми. Джон Нэш вновь сблизился с женой, сыном. Нэш писал в автобиографии: «Сейчас я мыслю вполне рационально, как всякий учёный. Не скажу, что это вызывает у меня радость, какую испытывает всякий выздоравливающий от физического недуга. Рациональное мышление ограничивает представления человека о его связи с космосом».

Джон Нэш погиб в автомобильной аварии в 2015 г. в возрасте 86 лет вместе со своей женой. Сын Джона Нэша также заболел шизофренией.

## **ОБЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ШИЗОФРЕНИИ И ЕЕ ПОДТИПЫ**

Общие диагностические критерии шизофрении представлены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В соответствии с ними на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее 1 месяца должны отмечаться:

1. Минимум один из следующих признаков:

а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей (их «радиовещание»);

б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей либо к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные голоса, комментирующие, разговаривающие между собой или другие, которые исходят из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию.

2. Или минимум два признака из следующих:

а) постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания;

б) неологизмы, прерывание мыслительных процессов, приводящие к разорванности или несообразности в речи;

в) кататонические проявления (возбуждение, застывания или «восковая гибкость», негативизм, мутизм, ступор);

г) негативные симптомы (выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций);

д) значительное и последовательное качественное изменение поведения, проявляющееся утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

В МКБ-10 выделяются **подтипы шизофрении**: параноидная, гебефренная, кататоническая, недифференцированная, резидуальная, простая и постшизофреническая депрессия.

**Параноидная шизофрения** характеризуется доминированием галлюцинаций и (или) бреда, при этом другие симптомы (разорванность речи, аффективное уплощение, кататонические проявления) могут присутствовать в легкой форме, но не являются основными в клинической картине. Параноидный подтип шизофрении — наиболее часто встречающийся.

**Гебефренная (или гебефреническая) шизофрения** начинается обычно в подростковом возрасте и проявляется выраженными эмоциональными изменениями (уплощенность или неадекватность эмоциональных реакций), дурашливостью, «детскостью» в поведении, дезорганизацией речи и поведения. Бред и галлюцинации выражены не отчетливо.

**Кататоническая шизофрения** проявляется выраженными психомоторными нарушениями: каталепсией («восковой гибкостью»), негативизмом, мутизмом (отказом от речи), автоматической подчиняемостью, ступором (обездвиженностью со значительным снижением реакции на внешние стимулы) или возбуждением (явно нецеленаправленной двигательной активностью, на которую не оказывают влияния внешние раздражители). Кататоническая симптоматика встречается не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах и других заболеваниях головного мозга (например, при энцефалитах различной этиологии, эпилепсии и других органических поражениях головного мозга), что требует тщательного медицинского обследования для проведения дифференциальной диагностики.

**Злокачественная кататония** («фебрильная», «гипертоксическая» шизофрения, «летальная кататония») — неблагоприятный вариант развития кататонического синдрома, при котором, наряду с кататоническими симптомами и нарушениями мышления, восприятия и сознания, на первый план выходят тяжелые соматические нарушения: гипертермия, ригидность мускулатуры, колебания артериального давления и другие проявления вегетативной нестабильности, увеличение СОЭ, креатинфосфокиназы и др.

При **недифференцированной шизофрении** есть общие критерии шизофрении, но нет четких критериев параноидного, гебефренного или кататонического подтипов либо присутствуют одновременно черты нескольких.

**Резидуальная шизофрения** — хроническая стадия в развитии шизофрении (после параноидной, гебефренной, кататонической, недифференцированной) со стойкими негативными симптомами, снижением социальной продуктивности.

**Простая шизофрения** начинается постепенно с непрерывным нарастанием негативных симптомов и полным отсутствием позитивных симптомов.

**Постшизофреническая депрессия** представляет собой депрессивный эпизод как последствие шизофрении, когда еще присутствуют продуктивные и негативные симптомы и выражена депрессия. Такие состояния часто связаны с повышенным суицидальным риском.

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), которая вскоре должна быть принята, набор симптомов, характерных для шизофрении, практически не изменился по сравнению с МКБ-10. Особенностью классификации шизофрении в МКБ-11 является **исключение подтипов шизофрении**, которые существовали в МКБ-10 (параноидная, кататоническая, дезорганизованная, резидуальная, недифференцированная). Основанием для этого послужило отсутствие стабильности выделенных подтипов в процессе течения заболевания, низкая прогностическая значимость, отсутствие генетических, нейрофизиологических связей, позволяющих говорить о правомерности выделения этих подтипов. Вместо подтипов шизофрении был предложен **двумерный подход** к оценке симптомов, который основан на определении выраженности симптома вне зависимости от диагностических рубрик. Двумерный подход признает, что группы симптомов накладываются и перекрываются у отдельных пациентов. Основой для выделения измерений послужили методы математического анализа, в частности факторный анализ, также учитываются нейробиологические и генетические данные. Выделяют от трех до девяти измерений. Наиболее стабильны следующие: позитивные симптомы, негативные симптомы, когнитивные симптомы, проявления агрессии, депрессия и тревога.

## ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика шизофрении основывается, в первую очередь, на клинических данных: клиническое интервью с пациентом, наблюдение за его поведением в динамике, тщательный сбор анамнестических сведений, крайне значима информация со стороны третьих лиц (членов семьи, друзей).

Для установления диагноза шизофрении необходимо убедиться, что имеющиеся клинические симптомы не обусловлены органическим повреждением головного мозга (например, энцефалитом, эпилепсией, опухолью головного мозга и др.), алкогольной или наркотической интоксикацией,



зависимостью от ПАВ или состоянием отмены. Для дифференциальной диагностики, помимо тщательного сбора анамнеза, необходимо неврологическое исследование, нейровизуализация, токсикологический анализ крови/мочи.

**Патопсихологическое исследование**, которое проводится медицинским психологом с применением специальных тестов, помогает оценить выраженность и характер нарушений мышления. Патопсихологическое исследование представляет собой эксперимент, в котором в контролируемых условиях изучаются различные виды психической деятельности. Основной задачей исследования является сравнение полученных результатов с данными о функционировании психических процессов в норме и выделение патопсихологического синдрома, поиск проявлений «шизофренического патопсихологического симптомокомплекса». Пациенту предлагается классифицировать предложенные картинки в группы и пояснить свой выбор, сравнить понятия, объяснить пословицы, создать рассказ на основании картинок и др. Приведем несколько примеров характерных нарушений (Е. В. Скрипка, А. Б. Эйдельман).

**Пример 1<sup>1</sup> (искажение процесса обобщения).** Ответ пациента с шизофренией на просьбу сравнить понятия:

1) озеро и река: *«Они совершенно разные, озеро — это водохранилище, а река — канал, может рассматриваться как активное водохранилище»;*

2) ось и ося — *«однокоренные, к тому же осы могут издавать скрип при грызении дерева, такой же, как ось, когда она не смазана».*

**Пример 2 (разноплановость).** При классификации предметов пациент с шизофренией создает следующие группы:

– моряк + бабочка + лиса + цветы + животные (называет группу «мечта» — *«море, оно само по себе прекрасно»;*

– градусник + книги + доктор (*«ученая степень»;*

– слон + карандаш + грибы + птицы (*«рисунки природы»;*

– люди + лопата + метла (*«то, что связано с землей»;*

– тетрадь + овца + лыжник (*«увлечение животными»*), комментирует при этом: *«Я их изучал очень подробно»;*

– рабочий + шапка + поросенок + рыба (*«то, что связано с работой»;*

– арбуз + вишня (*«то, что связано с женственностью»*).

**Пример 3<sup>2</sup> (резонерство).** Пациент с шизофренией составляет следующий рассказ по картине «Письмо с фронта»: *«В небольшом городке, где уже ждут окончания войны, люди живут письмами с фронта, от родных, которые сражаются до последнего, хотят, чтобы воцарился мир*

<sup>1</sup> Протокол получен Е. В. Скрипкой в ходе подготовки дипломной работы.

<sup>2</sup> Протокол получен А. Б. Эйдельман в ходе подготовки магистерской диссертации.

*на родной земле, собралась группа людей: все ожидают услышать, что же пишет отец семьи, как ему живется, что он чувствует, как переживает кризис окончания войны, ведь уже многим хочется вернуться в свои семьи и мирной жизни, нет может быть и сил, как погибают сослуживцы, мальчик весь погрузился в чтение письма от отца, очень хочется увидеть его в своем городе, скорее обнять его спросить, как он пережил эти дни».*

## РАННИЕ ПРИЗНАКИ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрению обычно диагностируют при возникновении первого психотического эпизода (с бредом, галлюцинациями, дезорганизацией речи и поведения). Однако у большинства пациентов психическое неблагополучие начинается за несколько лет до развития психоза, болезни предшествует продром. До начала продрома (в преморбиде) может быть период совершенно нормального развития, у некоторых пациентов могут наблюдаться небольшие нарушения в моторном, социальном и/или интеллектуальном функционировании, что обычно свидетельствует об уязвимости к развитию психоза только ретроспективно.

**В продромальной фазе** (фазе риска развития психоза) у пациента имеются отчетливые проблемы с общением, успешностью в учебе, работе. Обычно вначале появляются неспецифические и негативные симптомы, а затем слабовыраженные позитивные симптомы. Среди неспецифических симптомов можно отметить беспокойство, снижение настроения, тревогу, трудности общения, потерю уверенности в себе, снижение энергетического потенциала, медлительность, снижение эффективности профессиональной/учебной деятельности, социальное избегание, подозрительность, трудности концентрации внимания, нарушения процесса мышления, нарушения сна и аппетита. В год, предшествующий началу психоза, особенно в последние 4–6 месяцев, симптомы усиливаются по количеству и интенсивности. Характерны шизофреноподобные феномены (например, идеи отношения, необычные вычурные идеи, необъяснимые видения и звуки), хотя сохраняется критичность к ним. **Первый психотический эпизод** начинается, когда симптомы «риска» становятся отчетливо психотическими, то есть пациент воспринимает галлюцинации и бред как реальность, утрачивается критика и снижается способность к организованному, интегрированному поведению.

**Примеры продромальных симптомов с точки зрения самих пациентов** (F Schultze-Lutter, 2007).

1. Субъективные нарушения течения мыслей (вмешивающиеся мысли, наплывы мыслей, блокады мыслей, нарушения абстрактного мышления):

*«После разговора с кем-то у меня в голове остается представление об этом, в то время как я разговариваю со следующим человеком. Поэтому*

*я вынужден думать по поводу людей и вещей, о которых я не хочу думать в настоящее время. Эти мысли невозможно прогнать. Даже ночью я должна видеть этих людей и события; это очень мешает.»*

*«Часто бывает, что различные мысли лезут мне в голову и не уходят. Тогда я чувствую, что больше не могу просто думать.»*

*«Часто бывает, что я хочу что-нибудь сказать, но мысль уходит, полностью уходит; иногда я могу вспомнить это, иногда нет.»*

*«Когда я думаю о чем-то, то мне больше и больше надо связывать это с вещами, которые можно потрогать или увидеть. Я думаю, что у меня есть трудности в понимании абстрактного смысла того, что говорят, или историй, которые я раньше не слышал.»*

*«Иногда у меня бывают затруднения в общении с другими людьми из-за странного недопонимания, так как я воспринимаю то, что они говорят дословно, даже не понимаю, что это просто поговорка. Раньше я мог понимать поговорки, не слыша их раньше.»*

2. Идеи отношения, не достигающие уровня бреда, так как к ним сохраняется критика:

*«Когда я слушал радио, внезапно появилась мысль о том, что текст песни имеет какое-то особое отношение ко мне. Конечно, я сразу понял, что это не так, что это только мое воображение.»*

*«Иногда, когда я гуляю по улицам и слышу чей-то смех, на какое-то время мне кажется, что они смеются надо мной, хотя я сразу понимаю, что это неправда, что они смеются с чего-то другого.»*

3. Нарушения восприятия, не достигающие уровня галлюцинаторных переживаний:

*«Окружающее меня часто кажется нереальным. Предметы не выглядят так, как они выглядели раньше. Они разъединены, какие-то измененные, плоские и двухмерные. Голоса людей кажутся доносящимися издалека.»*

*«Иногда кажется, что вещи становятся какого-то другого цвета.»*

*«Мебель казалась маленькой и деформированной; комната казалась длинной и широкой.»*

*«Ступеньки казались слишком большими. Если бы они действительно были такими большими, то нужно было бы делать огромные шаги, чтобы забраться на них.»*

*«Я больше не могу правильно слышать. Речь всегда звучит, словно говорят тихим голосом, музыка кажется приглушенной.»*

4. Нарушения речи:

*«Когда говорю, я путаю наречия и существительные, путаю слова, например «теплый» и «мягкий.»*

*«Иногда я не могу подобрать правильное слово, и вынужден использовать то, которое наиболее близко правильному, например, “ходить” вместо “бегать”.»*

*«Я пытаюсь читать, но я не могу. Слова не связываются вместе. Я понимаю, что слова значат по отдельности, но они не складываются в предложения.»*

*«Иногда я не могу следить за разговором; я не понимаю все или часть из того, что было сказано, как будто они говорят на иностранном языке.»*

Следует помнить, что наличие этих признаков не свидетельствует об обязательном развитии шизофрении, единичный симптом не является основанием для постановки диагноза. В сочетании с другими симптомами они могут наблюдаться при клинически выраженной шизофрении.

## ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Как правило, пациенты с шизофренией попадают в поле зрения психиатров после появления отчетливых психотических симптомов. Лечение часто проходит в стационарных условиях, и за 1–2 месяца основные симптомы заболевания, как правило, исчезают, за исключением случаев с непрерывно-прогредиентным течением. После возникновения ремиссии заболевание может практически не проявляться на протяжении многих лет, а могут возникать частые обострения, особенно на фоне отказа от поддерживающего лечения. Заболевание может приводить к «психическому дефекту» — конечному состоянию шизофрении с выраженной негативной симптоматикой и социальной дезадаптацией.

Симптомы могут меняться в процессе заболевания, нарастать. Схематично это представлено на рис. 2.

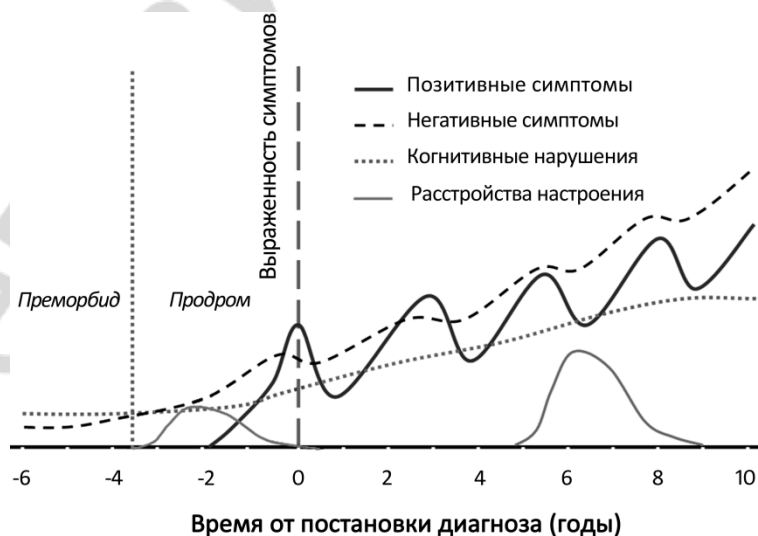


Рис. 2. Динамика развития шизофрении

Часто активная фаза заболевания с периодами выраженных обострений и нарастанием инвалидизации длится 15–20 лет, а потом может

наступить стабилизация состояния, когда больше не возникают психотические эпизоды. симптомы, как правило, лучше поддаются лечению, в то время как негативные и когнитивные симптомы чаще сохраняются и даже нарастают в процессе болезни.

В МКБ-10 выделяют следующие типы течения шизофрении: непрерывное, эпизодическое с нарастающим дефектом, эпизодическое со стабильным дефектом, эпизодическое ремиттирующее, неполная ремиссия, полная ремиссия, другой тип течения и неустановленный тип течения.

*Пример. Пациент Ч., 19 лет. Впервые попал в поле зрения психиатра в период прохождения медицинской комиссии перед призывом на срочную военную службу. Жалобы на своеобразные состояния, длящиеся несколько секунд, когда он не понимает, где находится, куда идет и что делает; на проблемы с памятью, невозможность выразить свою мысль («говорю, и вдруг мысли пропадают»).*

*Наследственный анамнез: дедушка по линии матери страдал болезнью Альцгеймера. Родился вторым ребенком в семье. Беременность у матери протекала нормально, роды без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Родители в разводе, проживает с матерью и семьей брата. В школу пошел в 7 лет, до 5-го класса учился хорошо, затем успеваемость снизилась («стало неинтересно учиться»). По окончании 9 классов школы получил среднее специальное образование по специальности каменщик-кровельщик. На момент осмотра не работал, так как не прошел медицинскую комиссию по допуску к работе на высоте. Время проводит преимущественно дома, к общению не стремится. Увлекается духовной, оккультной литературой.*

*Эпизодически в возрасте 14 лет употреблял каннабиноиды, на момент осмотра употребление ПАВ отрицает. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, гастрит, ветряная оспа, спортивные травмы (черепно-мозговые травмы, занимался боксом).*

*Со слов пациента, «пароксизмальные состояния» появились около 1,5 лет назад, он связывает их появление с активными занятиями боксом. За первый год от момента появления отмечалось около 7 эпизодов, последние месяцы подобные состояния стали чаще (около 1 раза в неделю). Обращался в поликлинику по месту жительства, находился на стационарном обследовании в неврологическом отделении (по направлению военкомата) за 3 месяца до поступления в психиатрический стационар. По результатам электроэнцефалографии выявлены диффузные изменения корковой активности в виде диффузной дезорганизации коркового ритма.*

Был выставлен предварительный диагноз: «Пароксизмальные состояния по типу *petit mal*.»

При осмотре сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена. Держится спокойно, несколько отстраненно. Эмоциональные реакции неяркие. Отмечает прогрессирующее ухудшение памяти («не могу запомнить имена ребят в палате»), изменение своего характера («стал более замкнутый»). Бредовые идеи, обманы восприятия не выявлены. Вне агрессивных, суицидальных интенций.

**Патопсихологическое исследование:** пробы выполняет старательно, иногда испытывает затруднения в восприятии стимульного материала. Инструкции усваивает в полном объеме. Продуктивность деятельности снижена.

Кривая 10 слов: 7-7-8-9-10, отсроченное воспроизведение 9. Объем кратковременной механической памяти хороший, информационная нагрузка, удержание в пределах нормы, темп запоминания слегка замедлен. Объем произвольного внимания слегка сужен, устойчивость и концентрация ослаблены, обнаруживается замедленная вработываемость.

В процессе обобщения оперирует концептами средней степени сложности, среди обобщающих понятий встречаются случаи формальности, чрезмерная субъективность, единичные случаи опоры на латентные признаки, единичный случай разноплановости (объединяет деревья и глобус — «жизнь», объединяет ножницы и пилу — «режут», объединяет метлу, лопату, мебель — «дерево», объединяет книги, посуду, транспорт, мебель, лопату, метлу, одежду — «средства для осуществления различных намерений»; в группу «рабочие инструменты» включает вилку, ложку, тетрадь, грузовик, руль, пароход, скрипку — «используют в различной работе»). Метафоры трактует успешно, пословицы — своеобразно. В процессе ассоциирования среди адекватных и стандартных образов присутствуют случаи чрезмерной субъективности, элементы аутичности, опора на латентный признак, случаи неадекватности («дождь» — гусь: «Вода, дождь...»; «пожар» — солнце: «Огонь, яркое»; «день» — фонарь: «День светлый, лампочка, светло»; «горе» — тарелка: «Пустота»; «праздник» — лошадь: «Животное, дружба»; «разлука» — веревка: «Прочность, связь, разрыв»). Рисунки в пиктограммах тусклые.

Вывод: преимущественно — измененность эмоциональной сферы, измененность волевого компонента (недостаточно выразительные реакции, тусклые рисунки, чрезмерная субъективность, аутичность, слегка сниженная продуктивность деятельности); признаки формальности мышления; тенденция к искажению процессов обобщения и ассоциирования (случаи опоры на латентные признаки, случаи неадекватности); память в пределах нормы; легкое ослабление внимания, легкая ригидность психических процессов.

*Неврологический статус без особенностей. ЭЭГ и ЭЭГ с депривацией сна не выявили пароксизмальной активности.*

*Пациент был расценен как потенциально находящийся на этапе продрома шизофрении (клинически высокий риск развития психоза). От предложенного лечения отказался.*

**Анамнез.** *Через 3 месяца от момента обследования пациент поступил на стационарное лечение в психиатрическую больницу по направлению районного психиатра. При поступлении — жалобы на бессонницу, наплывы мыслей, периодическое чувство наблюдения со стороны окружающих, неспособность принять решение, перепады настроения. Испытывал чувство открытости мыслей, высказывал идеи способности читать мысли окружающих. В лицах прохожих видел черты умерших родственников. Высказывал суицидальные идеи. Был диагностирован первый психотический эпизод шизофрении. Находился на стационарном лечении более двух месяцев. В дальнейшем поддерживающее лечение принимал нерегулярно, через год отмечался повторный психотический эпизод.*

## **РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Помимо шизофрении выделяют **расстройства шизофренического спектра**, которые по клинической картине похожи на шизофрению, но не полностью соответствуют диагностическим критериям или имеют особенности проявлений.

К расстройствам шизофренического спектра, по МКБ-10, относятся шизотипическое расстройство, хронические бредовые расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, индуцированное бредовое расстройство, шизоаффективные расстройства. Объединяет эти расстройства то, что они могут накапливаться в семьях больных шизофренией, часто имеют схожие, но разной степени выраженности клинические признаки, отражают общую генетическую уязвимость.

**Шизотипическое расстройство** характеризуется странным, чудачковатым поведением, эмоциональной холодностью, социальной отгороженностью; нарушениями мышления и восприятия, не достигающими уровня бреда и галлюцинаций. Носит хронический характер, иногда переходит в шизофрению.

**Хронические бредовые расстройства** проявляются наличием единственного или основного симптома — хронического бреда, который обычно монотематический или систематизированный политематический. Это может быть бред преследования, ипохондрический, величия, кверулянтный, ревности и др.

**Индукцированное бредовое расстройство** характеризуется наличием бреда, разделяемого несколькими лицами, имеющими тесный эмоцио-

нальный контакт. Один человек при этом страдает истинным психотическим расстройством, другой лишь разделяет его бредовые убеждения.

**Острые и транзиторные психотические расстройства** характеризуются острым началом, наличием типичных симптомов психоза (бред, галлюцинации, дезорганизация речи и поведения), быстро меняющейся клинической картиной, часто связаны с перенесенным стрессом. Как правило, завершаются выздоровлением в течение 2–3 месяцев.

**Шизоаффективное расстройство** сочетает в себе одновременно черты шизофрении и аффективных расстройств (мании, депрессии).

## ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время отсутствует этиотропное лечение шизофрении, используется патогенетическое и симптоматическое лечение. Цель лечения шизофрении состоит в купировании острой психотической симптоматики, максимально долгом сохранении хорошего уровня психосоциального функционирования. Раннее начало лечения способствует лучшим результатам.

В лечении шизофрении необходимы два основных компонента:

1. Медикаментозное лечение.
2. Психосоциальная терапия и реабилитация.

**Медикаментозное лечение.** Терапия антипсихотическими лекарственными средствами остается ведущим методом на всех этапах лечения. Антипсихотики можно разделить на антипсихотики первого поколения (типичные) и антипсихотики второго поколения (атипичные). Механизм действия типичных антипсихотиков основан, в первую очередь, на блокаде D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов, с этим же связаны и основные побочные эффекты (экстрапирамидные расстройства). Атипичные антипсихотики отличаются дополнительным фармакологическим действием (серотониновый антагонизм, парциальный D<sub>2</sub>-агонизм и др.), меньшей выраженностью экстрапирамидных побочных эффектов, эффективностью в отношении негативных симптомов.

Перечень основных антипсихотиков и их среднетерапевтических доз представлен в табл. 3.

Таблица 3

Среднетерапевтические дозы антипсихотиков

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки		
	низкие	средние	высокие
<i>Антипсихотические лекарственные средства первого поколения</i>			
Хлорпромазин	50–150	150–400	400–1000
Хлорпротиксен	25–50	50–100	100–300
Зуклопентиксол	2–30	30–75	75–150



Перициазин	5–10	30–40	50–60
Трифлуоперазин	5–10	10–40	40–80
Галоперидол	3–6	6–20	30–40

Окончание табл. 3

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг в сутки		
	низкие	средние	высокие
Флуфеназин	3–10	10–15	15–20
Флупентиксол	3–10	10–40	40–150
Сульпирид	100–300	300–600	600–2000
<i>Антипсихотические лекарственные средства второго поколения</i>			
Клозапин	50–100	100–300	300–600
Рисперидон	1–2	2–4	4–6
Оланзапин	5–10	10–15	15–20
Кветиапин	200–400	400–600	750–800
Зипрасидон	40	80	160
Сертиндол	4–12	12–16	16–20
Палиперидон	4	4–8	8–16
Амисульприд	50–300	400–800	800–1200
Арипипразол	10–15	15	15–30
Карипразин	1,5–3	3–6	6

Основные принципы *применения лекарственных средств* следующие:

1. Предпочтительна монотерапия антипсихотиком.

2. Выбор лекарственных средств и доз в каждом случае проводят на основании анализа преимуществ и возможных побочных эффектов, таких как метаболические (набор веса, нарушение толерантности к глюкозе), экстрапирамидные (акатизия, дискинезия, дистония), кардиоваскулярные (продолгование интервала QT), гормональные (повышение уровня пролактина) и др. При назначении антипсихотиков желательно обсудить выбор препарата с пациентом с целью поддержания комплаенса.

3. Предпочтительны пероральные формы введения лекарственного средства. Парентеральное введение лекарственного средства допускается на короткое время на этапе купирующей терапии в случае отсутствия сотрудничества пациента с родственниками, врачами и персоналом и при назначении пролонгированных антипсихотиков для поддерживающей терапии.

4. Постепенное увеличение дозы до минимальной терапевтической. Это позволяет избежать ряда побочных эффектов лекарственного средства и определить индивидуальную чувствительность пациента к конкретному антипсихотику.

5. В случае первого эпизода шизофрении предпочтение должно быть отдано антипсихотикам второго поколения в связи с меньшим риском развития экстрапирамидных расстройств.

6. Продолжительность лечения антипсихотиками после первого психотического эпизода шизофрении должна составлять 1–2 года.

7. Дозы антипсихотика при лечении первого эпизода шизофрении, как правило, ниже доз, применяемых в последующих эпизодах расстройства, и соответствуют нижней границе минимальной терапевтической дозы.

8. При отмене антипсихотика рекомендуется постепенное снижение дозировки, чтобы избежать «рикошетных» реакций. Особенно это касается лекарственных средств с сильными холинолитическими действиями (клозапин, хлорпромазин).

9. Предпочтительны лекарственные средства с наилучшим профилем безопасности для конкретного пациента.

10. Адекватное время ожидания лечебного эффекта до перевода на другой препарат — 3–5 недель.

При отказе пациентов от регулярного приема таблетированных лекарственных средств возможно назначение депо-препаратов или инъекций антипсихотиков пролонгированного действия. Они назначаются с регулярностью 1 раз в 2–4 недели. Примерами таких лекарственных средств из антипсихотиков первого поколения служат галоперидол деканоат, зуклопентиксола деканоат, флуфеназина деканоат; из антипсихотиков второго поколения — рисперидон (микросферы), оланзапина пamoат, палиперидона пальмитат.

К часто встречающимся побочным эффектам приема антипсихотиков, особенно первого поколения, относят экстрапирамидные расстройства (лекарственный паркинсонизм, дистонию, актизию). При их возникновении следует рассмотреть вопрос снижения дозы антипсихотика либо переход на другой препарат, при невозможности этого назначаются антихолинергические лекарственные средства (тригексифенидил). В случае острых дистонических реакций показано назначение бензодиазепинов, антихолинергических средств. Акатизия, помимо снижения дозы антипсихотиков, может купироваться применением бета-блокаторов; также возможно применение бензодиазепинов, антихолинергических и антигистаминных препаратов, витамина B<sub>6</sub>.

Поздняя дискинезия плохо поддается коррекции. Появление признаков поздней дискинезии требует перехода на атипичные антипсихотики, в первую очередь на клозапин.

Метаболические нарушения на фоне приема антипсихотиков (набор веса, нарушение толерантности к глюкозе, изменение липидного профиля) могут требовать коррекции антипсихотического лечения, изменения диеты и образа жизни, назначения метформина.

Гематологические побочные эффекты (лейкопения, редко вплоть до агранулоцитоза) чаще всего встречаются при приеме клозапина. Необходим регулярный контроль общего анализа крови.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) относится к редким тяжелым осложнениям терапии антипсихотиками и требует лечения в отделении интенсивной терапии и реанимации. По клиническим проявлениям ЗНС похож на фебрильную кататонию. При проведении лабораторного обследования подтверждением ЗНС являются миоглобинурия, повышение уровня креатинкиназы, лейкоцитов и печеночных ферментов (лактатдегидрогеназы и аспартатаминотрансферазы). В случае подозрения на ЗНС необходима немедленная отмена нейролептиков (антипсихотиков), а также лекарственных средств, которые могут вызвать похожие симптомы (например, литий, антидепрессанты). Проводится симптоматическое лечение (детоксикационная, инфузионная, гомеостатическая терапия), с целью стабилизации жизненно важных функций и купирования гипертермии. Может применяться миорелаксант дантролен (при крайне высокой температуре, мышечной ригидности), непрямые агонисты дофамина (бромокриптин), бензодиазепины, а также возможно проведение электросудорожной терапии.

Психотропные лекарственные средства других групп (анксиолитические средства из группы бензодиазепинов, антидепрессанты, нормотики и противосудорожные средства с нормотимическим действием) назначаются при соответствующей клинической необходимости (купирование тревоги, аффективных колебаний, лечение депрессии, преодоление резистентности).

Кататоническая шизофрения требует особого подхода к лечению. Антипсихотики не показаны при кататонии, так как они могут усугублять явления последней и быть причиной ЗНС, по клинической картине схожего с кататонией. Рекомендовано назначение бензодиазепинов (лоразепама 2–16 мг в сутки или диазепама 10 мг каждые 8 часов) на протяжении нескольких дней. При недостаточном эффекте и при необходимости быстрой редукции симптомов показано проведение электросудорожной терапии.

Наряду с медикаментозной терапией, крайне важна **психосоциальная терапия и реабилитация**.

Трагичность шизофрении для пациента и его близких состоит в том, что болезнь нарушает способность полноценно общаться, работать, учиться. Многие (но не все) теряют профессиональные навыки, способность к творчеству. При длительном течении болезни пациенты могут даже терять способность обслуживать себя: покупать продукты, готовить пищу, следить за своим здоровьем. Первый эпизод шизофрении часто сопровождается депрессией с невозможностью справиться с изменившейся вследствие болезни жизненной перспективой. К сожалению, именно в этот период пациенты с шизофренией с большей вероятностью совершают самоубийства.

Помимо медикаментозной терапии, необходима поддержка пациента родными и близкими. Эффективна работа психообразовательных про-

грамм, во время которых пациентам рассказывают об основных проявлениях заболевания, возможности их предотвратить, особенностях лечения. В формате группы пациенты могут делиться своим опытом преодоления трудностей с людьми, имеющими схожие проблемы, получать психологическую поддержку.

Успешно работают отделения реабилитации при психиатрических учреждениях, используются методы нейрокогнитивной реабилитации (тренинг исполнительской функции; устойчивости и переключаемости внимания; слухоречевой, зрительно-пространственной и ассоциативной памяти; сенсомоторной реакции в зрительной и слуховой модальностях), поведенческой, когнитивной и психодинамической психотерапии, тренинг социальных навыков, социальная и трудовая реабилитация. Существуют такие некоммерческие инициативы, как клубный дом «Открытая душа», куда люди с психическими расстройствами могут прийти, общаться с людьми со схожими проблемами, получить юридическую поддержку, помощь в трудоустройстве.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Врач общей практики должен уметь выявлять острые психотические расстройства для того, чтобы своевременно направить пациента за специализированной психиатрической помощью. Особенно это касается ситуаций, связанных с непосредственной опасностью пациента для себя или окружающих, беспомощностью, случаями, когда неоказание помощи может привести к существенному ухудшению состояния пациента. Может потребоваться экстренная помощь (не дожидаясь осмотра психиатра) в ситуации выраженного **психомоторного возбуждения**, которое при шизофрении может быть обусловлено галлюцинаторными и бредовыми переживаниями, кататонией.

В этой ситуации по возможности проводят сбор анамнеза (страдал ли психическими расстройствами ранее, страдает ли алкогольной, наркотической зависимостью, употреблял ли психоактивные или лекарственные средства, какими соматическими/неврологическими заболеваниями страдает, были ли травмы головы и др.), а также соматическое исследование для исключения соматической/неврологической причины симптомов (внутричерепная гематома, энцефалит, гипогликемия и др.). Наиболее безопасными для пациента средствами для купирования психомоторного возбуждения являются бензодиазепины самостоятельно (например, 0,5%-ный раствор диазепама 2–4 мл в/м) либо в сочетании с антипсихотиками (например, с 0,5%-ным раствором галоперидолом — 1 мл в/м).

Также к врачу общей практики могут обращаться пациенты, постоянно принимающие антипсихотики. Врач общей практики может выписывать необходимые для лечения лекарственные средства, рекомендованные психиатром, а также должен отслеживать наличие возможных побочных эффектов (лекарственного паркинсонизма, акатизии, последствий гиперпролактинемии, метаболических нарушений и др.). Для корректировки лечения возможно направление к психиатру.

## **САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ**

**Использую приведенные в тексте клинические случаи, ответьте на вопросы:**

### **I. Случай Джона Нэша (с. 11).**

1. Какие группы симптомов можно выделить на основании предложенного описания?
2. Какие ранние симптомы присутствовали у пациента?
3. Опишите характер течения заболевания.

### **II. Клинический случай пациента Ч. (с. 20).**

1. Что могло повысить риск развития шизофрении у данного пациента?
2. Какие продромальные симптомы присутствовали у пациента?
3. Какие из развившихся в катанезе симптомов наиболее характерны для шизофрении?

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Клиническая психология* / В. А. Абабков [и др.] ; под ред. Б. Д. Карвасарского. Санкт-Петербург : Питер ; Питер Принт, 2006. 959 с.
2. *Джонс, П. Б. Шизофрения* / П. Б. Джонс, П. Ф. Бакли ; под ред. С. Н. Мосолова. Москва : МЕДпресс-информ, 2008. 191 с.
3. *Зейгарник, Б. В. Патопсихология* / Б. В. Зейгарник. Москва : Академия, 1999. 208 с.
4. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике* / пер. на рус.; под редакцией Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Киев : Факт, 1999. 308 с.
5. *Снежневский, А. В. Nosos et pathos schizophreniae* / А. В. Снежневский // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Москва : Медицина, 1972. С. 5–15.
6. *Стал, С. М. Основы психофармакологии. Теория и практика* / С. М. Стал ; пер. с англ. ; под ред. Д. Криницкого. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 656 с.
7. *Тен, В. И. Концепция «единого психоза» Неймана–Гризингера: Адаптационная парадигма в психиатрии* / В. И. Тен // Вестник КРСУ. 2008. Т. 8. № 4. С. 151–154.
8. *Траилин, А. В. Генетика и эпигенетика шизофрении (лекция)* / А. В. Траилин, О. А. Левада // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 5. С. 34–43.
9. *Хоменко, Н. В. Генетические и средовые факторы в развитии шизофрении* / Н. В. Хоменко // Медицинский журнал. 2012. № 2 (40). С. 15–18.

## ОГЛ       НИЕ

Общая характеристика .....	4
Этиология и патогенез .....	5
Клиническая картина.....	9
Общие диагностические критерии шизофрении и ее подтипы .....	14
Диагностика и дифференциальная диагностика .....	16
Ранние признаки шизофрении.....	18
Течение шизофрении.....	20
Расстройства шизофренического спектра.....	23
Лечение .....	24
Особенности ведения пациентов с шизофренией врачом общей практики .....	28
Самоконтроль усвоения темы .....	29
Список использованной литературы .....	30

Уче                   ние

**Скугаревская Марина Михайловна**

## **ШИЗОФРЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский  
Редактор Ю. В. Киселёва  
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 02.08.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,6. Тираж 53 экз. Заказ 384.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,



распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ