

# ***Шизофрения***



# Шизофрения

– эндогенное хроническое прогрессирующее психическое заболевание с полиморфной клинической картиной, непрерывным или приступообразным течением, приводящее к своеобразному дефекту личности, проявляющимся дезинтеграцией психики, главным образом в эмоционально-волевой сфере и мышлении.

Распространенность шизофрении (болезненность, т. е. число больных на 1 тыс. жителей), по разным данным, составляет от 2 до 10, т.е. от 0,2 до 1%, чаще всего указывается 0,5% -1%.

Данное психическое заболевание, как самостоятельное, было выделено в конце XIX века великим немецким психиатром Э. Крепелином под названием "раннее слабоумие" (dementia praecox), т. е. развивающееся еще в юности или в молодые годы. До этого разные формы шизофрении считались самостоятельными психическими болезнями. Само название "шизофрения" было дано в 1911 году швейцарским психиатром Э. Блейлером, который также расширил круг отнесенных к ней психических расстройств, но указал на возможность благоприятного исхода даже без лечения.

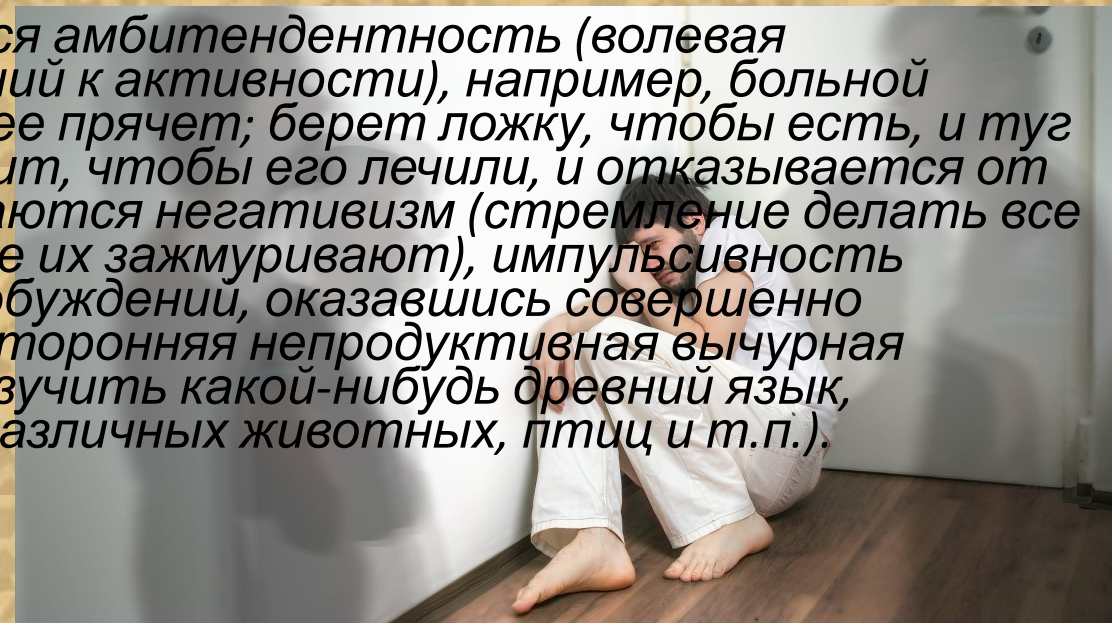
# Этиология.

- Роль наследственности считается несомненной. Среди кровных родственников, страдающих этим же заболеванием достоверно больше, чем в общей популяции. Если один из монозиготных близнецов заболевает шизофренией, то вероятность заболевания другого - 60-90%. Воспитание детей, рождённых от больных шизофренией, в здоровых семьях в качестве приемных с раннего детства не снижает частоты этого заболевания среди них (метод приемных детей).
- Риск заболевания шизофренией для детей больного составляет в среднем около 15% при условии здоровой наследственности со стороны другого родителя. Но если с другой стороны имеются сведения о заболевании шизофренией среди кровных родственников, то этот риск в зависимости от степени родства может достигать 40%. Для племянников и племянниц, внуков, двоюродных братьев и сестер риск снижается до 3-4%. Закономерности передачи наследственного задатка болезни и тем более его механизмы неясны. Предполагается, что тот же наследственный фактор у других кровных родственников может проявляться некоторыми типами психопатий и акцентуаций характера (шизоидным, паранойяльным, сенситивным и др.).
- Помимо наследственного фактора, важное значение в развитии и течении шизофрении играют экзогенные и психогенные моменты, которые нередко провоцируют начало заболевания и его обострение. Поэтому стали говорить о полигенной концепции шизофрении, которая в настоящее время более точно отражается в биопсихосоциальной модели заболевания, согласно которой, при ведущей роли наследственной предрасположенности в возникновении болезни, на его развитие, течение и исход, а также эффективность лечения и реабилитации, большое влияние оказывают дополнительные биологические (пол, возраст, интоксикация и другие экзогении), психологические (преморбидные особенности личности, стрессовые ситуации и т.п.), социально-психологические (семейный статус, отношения в семье и коллективе и т.п.), социально-экономические (материальное положение, жилищные условия, сохранившаяся или утраченная трудоспособность и т.п.) факторы.

# Патогенез

- *остаётся неясным, несмотря на многочисленные исследования в течение десятков лет. Одна за другой сменялись гипотезы, отражавшие теоретические воззрения соответствующей эпохи или основывающиеся на появившихся новых методических подходах в области нейрофизиологии, биохимии, эндокринологии, иммунологии и др. В последнее время особое внимание уделяется нарушениям обмена нейротрансмиттеров (в частности, дофамина, глутаматергической системы), а также структурно-функциональным нарушениям в головном мозге, проявляющимся недостаточностью любых структур (гипофронтальность).*
- *Сходство разных форм шизофрении определяется основными ("базисными", "негативными") симптомами, различия — дополнительными ("факультативными", "позитивными") симптомами.*
- *Эти симптомы встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Их называют также "негативными", "дефицитарными", так как они отражают нанесенный болезнью ущерб психике, главным образом в эмоционально-волевой сфере и мышлении.*
- *Основным эмоциональным расстройством является эмоциональное снижение. Оно проявляется в разной степени. Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям, безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Проявления эмоций ослабляются и упрощаются, развивается апатия. Голос становится монотонным, лишённым эмоциональных модуляций. На одной ноте говорят и о вещах безразличных, и о том, что, казалось бы, должно волновать. Лицо делается гипомимичным, утрачивается тонкая выразительность мимики, её заменяют грубые, утрированные гримасы. Появляются нелепое и неуместное хихиканье и смешки. В крайних случаях эти нарушения становятся настолько выраженными, что их называют "эмоциональной тупостью".*

- В других случаях дело идет об извращениях эмоций, они становятся неадекватными, парадоксальными. Например, будучи бесчувственным, жестоким по отношению к самым близким, матери, больной проявляет необычную сентиментальность: пишет лирические стихи, говорит о невероятных переживаниях, которые доставляют ему несовершенство мира и людские невзгоды, проливает слезы над птичкой, погибшей от мороза.
- Третьим негативным эмоциональным симптомом является амбивалентность – возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку. Например, больной сам говорит, что он испытывает к кому-либо одновременно любовь и ненависть или интерес и отвращение к чему-либо сразу. В более выраженных случаях это сказывается на поведении: больной ласкает и щиплет, целует и кусает одновременно.
- Главное расстройство воли – абулия (дословно "безволие") проявляется падением инициативы и активности, бездеятельностью. В тяжелых случаях больные даже элементарно не обслуживают себя, не моются, испражняются где попало, мочатся под себя, целые дни валяются в постели или сидят в одной позе. Начинается же с того, что они забрасывают занятия и работу, запускают все домашние дела, ни за что не могут приняться, никак не могут собраться что-нибудь сделать. Все это связывают с отсутствием побуждений к действиям и называют также "падением энергетического потенциала".
- Другим характерным волевым расстройством является амбигуэнтность (волевая двойственность, сосуществование полярных побуждений к активности), например, больной протягивает врачу руку и, не поздоровавшись, тут же ее прячет; берет ложку, чтобы есть, и тут же кладет ее обратно, проделывая несколько раз; просит, чтобы его лечили, и отказывается от приема лекарств. Кроме указанных нарушений, встречаются негативизм (стремление делать все наоборот, при просьбе открыть глаза они еще плотнее их зажимают), импульсивность (действия или поступки, совершаемые под влиянием побуждений, оказавшись совершенно оторванными от личности и бесконтрольными), односторонняя непродуктивная вычурная активность (студент медицинского ВУЗа пытается изучить какой-нибудь древний язык, учащийся ПТУ начинает коллекционировать фекалии различных животных, птиц и т.п.).



- Для шизофрении характерны формальные нарушения мышления. Такое название они получили потому, что касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса, прежде всего логической связи между мыслями, а в тяжелых случаях даже внутри одной фразы. Когда это достигает крайности, речь больного становится совершенно разорванной, состоящей из сумбурного набора обрывков фраз ("словесный салат"). Обычно нарушения выражены гораздо менее резко: в виде "соскальзываний" (нелогичного перехода от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает), "неологизмов" (придумывание новых вычурных слов, например "тягофон" вместо "телефон") и склонности к резонерству, бесплодным рассуждениям (например, "собака виляет хвостом, когда радуется, а кошка когда сердится — если бы у человека был хвост, то когда бы он им вертел?") или витиеватых выражений, ранее больному не свойственных ("пир вокала" — об эстрадном концерте певца). Нередко больные могут жаловаться на неуправляемый поток мыслей — ментизм, или его внезапные перерывы — шперрунги, или на параллельно текущих два потока мыслей. Паралогичное мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимается во внимание лишь факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается. Например, больной говорит: "Я буду жить в Париже, потому что меня зовут Иван Сергеевич, т.к. Иван Сергеевич Тургенев жил в Париже". "Пушкин - плохой человек, агрессор, т.к. слово "Пушкин" произошло от слова пушка. Аутистическое мышление руководствуется желаниями и фантазиями без учета условий и требований реальности, являясь антиподом реалистического мышления. (Например, больной называет своей женой соседку, с которой практически не общается; считает, что можно жить в XXI и XXII веках одновременно). Оно лежит в основе аутизма - утраты контактов с окружающими, ухода во внутренний мир, отгороженности, замкнутости. Теряются связи с прежними друзьями и знакомыми, а новых не заводят.

- При шизофрении наблюдаются почти все продуктивные синдромы (неврозоподобные, аффективные, галлюцинаторные (преимущественно вербальный галлюциноз), бредовые (паранойяльный, параноидный, парафренный), кататонические, гебефренические), за исключением помрачения сознания, кроме онейроидного. Они имеют своеобразие, атипизм, о которых будет сказано дальше. Для шизофрении не характерны психоорганический, корсаковский, эпилептиформный синдромы и органическая деменция.
- В течение шизофрении выделяют **три этапа**: инициальный, манифестный и конечный.
- **Инициальная стадия** - это начальная стадия заболевания, для которой характерны негрубые основные проявления болезни, поэтому трудно поставить правильный диагноз. Между тем, чем раньше распознается шизофрения и начинается адекватное лечение и психосоциальная реабилитация, тем больше вероятность благоприятного исхода.
- Характерны три варианта инициального периода: неврозоподобный, психопатоподобный и начало с негативных, главным образом, апато-абулических расстройств. Неврозоподобное начало проявляется навязчивыми, ипохондрическими, астеническими, деперсонализационными синдромами. Обсессии отличаются от невротических неодолимостью, ранним присоединением ритуалов, большой силой принуждения. Больные могут совершать нелепые ритуалы часами, не стесняясь посторонних. Они даже могут заставлять выполнять ритуалы других. Фобии утрачивают эмоциональный компонент: о страхах говорят без волнения, они бывают особо нелепыми (например, страх отдельных букв) или заумными (боязнь того, что может стать страшно, сойти с ума). Ипохондрические жалобы предъявляются в необычной, вычурной и даже нелепой форме ("кости рассыпаются", "в животе кишки сбились в комок", "сердце сжимается", "чувствуется, как кровь из предсердий переливается в желудочки"). Часто возникают мучительные сенестопатии — упорные, тягостные болезненные ощущения в разных частях тела. Астения отличается монотонностью, усиливается при умственной работе. Отдых и облегченный режим ее не уменьшают. О деперсонализации чаще всего свидетельствуют жалобы на изменение самого себя, которое трудно выразить словами ("не такой, как раньше", "стал как автомат", "раздвоился"). Дерезализация выступает в высказываниях о "незримой стене" между собой и окружающим миром, все видится "как через стекло", "все как-то странно изменилось", но в чем эта перемена, словами передать не могут.

• **Психопатоподобный вариант** клинической картины сходен с разными типами психопатий — шизоидной, эпилептоидной, неустойчивой, истерической. С шизоидной психопатией сходен синдром нарастающей шизоидизации. Постепенно усиливается замкнутость, неприязненное отношение к близким, особенно к матери. Из-за несобранности и неспособности сосредоточиться падают успеваемость и трудоспособность. Жизнь заполняется патологическими увлечениями (хобби). Больные собирают нелепые коллекции (например, образцы испражнений разных видов животных). Часами делают выписки из книг или составляют какие-то схемы и планы. Но всякая деятельность непродуктивна — никаких новых знаний, умений, навыков не приобретается. Фантазии бывают нелепыми или вычурными, о них могут откровенно рассказывать (представляют картины гибели мира, нашествия инопланетян, заполнение города полчищами крыс или змей). Любят рассуждать на "философские" темы ("метафизическая интоксикация"), но мысли излагают непонятно, сумбурно, путано. Сами рассуждения строятся на паралогичных доводах. Например, чтобы сделать людей менее агрессивными, надо запретить употреблять в пищу мясо, так как его едят



- При сходстве с психопатией эпилептоидного типа, кроме постоянной угрюмости и замкнутости, характерна холодная изуверская жестокость (например, больной плеснул кипятком в лицо матери за то, что она не выполнила какую-то его мелкую просьбу). Маломотивированные или беспричинные аффекты злобы внезапно возникают и так же неожиданно прерываются. Внешняя аккуратность (тщательная прическа отглаженная одежда) может сочетаться с нечистоплотностью и отсутствием брезгливости (ложатся в обуви на простыни, заплывывают дома пол и стены). Сексуальность может обращаться на членов семьи, у юношей — особенно на мать, проявляется изощренными садистскими извращениями. Больные способны наносить сами себе повреждения, даже серьезные, бывают опасны для окружающих, проявляя агрессивность, в том числе сексуальную. Совершенные действия затем игнорируют (например, изнасиловав девочку в лифте, тут же во дворе дома остается сидеть и следить за тем, как играют в футбол).
- При сходстве с психопатией неустойчивого типа легко оказываются в асоциальных компаниях, совершают хулиганские поступки, воровство, участвуют в пьянках, употребляют наркотики. Но в этих группах остаются чужаками, пассивными наблюдателями или исполнителями чужой воли. Сотоварищи считают их странными, третируют, но они этому не придают значения. К близким не только безразличны, но даже холодно-враждебны, особенно к тем, кто их сильнее любит. Всякую учебу и работу забрасывают. Любят надолго уходить из дома, жить в тайниках, подвалах, шалашах.

- При сходстве с истероидной психопатией больной постоянно разыгрывает одну и ту же роль ("супермена", кокетки, обладателя "изысканных" манер, непревзойденного таланта в какой-либо области) без учета ситуации и впечатления на окружающих. Отсутствуют присущий истерическим натурам тонкий артистизм, умение оценить обстановку и произвести желаемое впечатление. Фальшивая наигранность утрированные гримасы, кривлянье и манерность сочетаются с холодностью и черствостью по отношению к близким.
- Начало с негативных проявлений характеризуется снижением эмоций, активности, инициативы, замкнутостью. Больные теряют интересы, друзей, а новых не приобретают. Не следят за своим внешним видом, неряшливы. Могут в верхней одежде, ботинках лечь на кровать. Значительно снижается продуктивность в учебе и работе. Пропускают занятия, совершают прогулы на работе, бесцельно бродят по улицам. Преподаватели и родители изменившееся поведение связывают с переходным возрастом, с конфликтами со сверстниками, неразделенной любовью и другими обстоятельствами.
- Манифестный этап - это стадия активного шизофренического процесса, при котором наблюдаются выраженные симптомы заболевания. В соответствии с клинической картиной по ведущему синдрому выделяются пять основных форм шизофрении: простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная и циркулярная.

# Простая форма.

- Простыми в психиатрии, и в медицине вообще, называются такие формы, при которых клиническая картина, характер течения и другие признаки являются типичными, классическими для данного заболевания. Простая форма проявляется постепенно нарастающими основными симптомами шизофрении, совокупность которых обозначают как апатоабулический синдром (или *simplex*-синдром). Болезнь подкрадывается исподволь: родные долго не видят изменений, а когда замечают, то сравнивают, каким был больной год-два назад и каким стал теперь. Сперва исчезает интерес ко всему, что раньше интересовало: к любимым развлечениям, хобби, компаниям друзей. В свободное время больные ничем не заняты: сидят дома, слоняются без дела, бесцельно где-то бродят. Еще продолжают ходить на учебу или на работу, но делают это как бы автоматически, продуктивность быстро падает, усвоить что-то новое оказываются неспособными. Становятся все более замкнутыми, молчаливыми. Волнующие события перестают вызывать эмоциональную реакцию. Несчастья не трогают, а радостные события не находят отклика. К родным относятся безразлично и даже враждебно, особенно к тем, кто о них больше всех заботится. Лицо делается маловыразительным, лишь иногда искажается грубыми гримасами. Голос становится монотонным ("деревянный голос"). Неуместным смехом могут отвечать на то, что раньше заставляло бы содрогнуться. Раствормаживаются примитивные влечения (прожорливость, беззастенчивый онанизм). За одеждой не следят, не моются, не хотят менять белье, спят не раздеваясь. Возможна неожиданная беспричинная агрессия по отношению к окружающим.
- Нарушения мышления сначала характеризуются бедностью речи и внезапными остановками, "обрывами" посреди фразы или "соскальзываниями" на неожиданную тему. Больные придумывают новые слова (неологизмы). Лишь в далеко зашедших случаях речь состоит из обрывков фраз. Изредка могут встречаться эпизодические бредовые высказывания или возникают галлюцинации (например, оклики по имени), о которых больной может не рассказывать, но видно, что иногда он к чему-то прислушивается. **Стойкого бреда и галлюцинаций не возникает.**

# Гебефреническая форма

- *Начинается в подростковом или юношеском возрасте. Больные ведут себя как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривляние, утрированные гримасы, нелепый хохот делают поведение карикатурно детским. Веселье больных не заражает, а пугает и тяготит других ("холодная эйфория"). Говорят неестественным голосом — патетическим тоном или сюсюкают, при этом часто изощренно нецензурно бранятся, коверкают слова. В речи слышится примитивное рифмование. Временами вспыхивает двигательное возбуждение: бегают, кувыркаются, валяются по полу, походя бьют других, часто жестоко, и тут же лезут целоваться. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют, стремятся схватить других за половые органы. Бывают нечистоплотны и неопрятны. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с расшвыриванием пищи. Бредовые высказывания бывают отрывочными, а галлюцинации — эпизодическими. Данная форма заболевания отличается наиболее злокачественным течением. В течение 1-2 лет, а иногда и нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными основными симптомами. Встречается реже других.*

# Кататоническая форма.

- Кататоническая шизофрения в прошлом встречалась часто, особенно в молодом возрасте. В настоящее время в развитых странах отмечается достаточно редко. Выраженные случаи проявляются чередованием кататонического возбуждения и обездвиженности (ступора) с полным молчанием (мутизмом).
- Кататоническое возбуждение сводится к стереотипно повторяющимся бесцельным действиям и немотивированной импульсивной агрессии — бьют и крушат все вокруг. Всему оказывают бессмысленное упорное сопротивление, делают противоположное тому, что им говорят (негативизм). Часто срывают с себя одежду. Могут наносить себе повреждения. На происходящее вокруг чаще никак не реагируют. Возбуждение может сочетаться с мутизмом или речь состоит из стереотипного повторения одних и тех же слов или фраз (вербигерация). Встречаются "эхо-симптомы": повторение чужих слов (эхолалия), мимики окружающих, как бы передразнивание выражения их лица (эхомимия), их движений и действий (эхопраксия).
- Кататонический ступор — обездвиженность с полным молчанием (мутизм) может сочетаться либо с крайним напряжением всех мышц (ригидный ступор) или с повышенным пластическим тонусом — восковой гибкостью (каталептический ступор): руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происшедшем вокруг. Такая кататония называется люцидной.
- При онейроидной кататонии обездвиженность сочетается со сновидными переживаниями, о которых больные рассказывают лишь впоследствии, но при этом выясняется, что лишь отдельные события доходили до больного, а обстановка вокруг воспринималась в соответствии с грезоподобными фантазиями (другие больные принимались за инопланетян, сама больница — за какой-то лагерь и т. д.). Содержание онейроидных переживаний нередко черпается из фантастических романов, детективных фильмов или из бытующих рассказов об ужасных происшествиях. На лице выражения страха и экстаза сменяют друг друга. Онейроидная кататония является более благоприятным вариантом, чем люцидная. т.к. протекает периодически, после приступов возникает негрубая негативная симптоматика.

# Параноидная форма.

- Это наиболее часто встречающаяся форма, если заболевание начинается после 20 лет. Характерен бред преследования, отношения и воздействия. Реже встречаются другие виды бреда — заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т.д. Бред преследования отличается неопределенностью и заумностью (какие-то никому не известные таинственные организации, террористические группы замышляют расправиться с больным). Отдельных конкретных преследователей обычно называют редко и неопределенно или указывают на совершенно случайных лиц. Бред отношения особенно проявляется в людных местах (в вагонах поездов, на сборищах и т. д.) или в привычных компаниях. Кажется, что все на больного смотрят, о нем перешептываются, над ним подсмеиваются, на что-то намекают.
- Другие виды бреда поражают своей нелепостью. Больные заявляют, что, дотрагиваясь до дверных ручек, заразились сифилисом или СПИДом (бред заражения), что в тело вселилось какое-то животное, в которое он превратился (бред метаморфозы), что собственные внутренние органы все сгнили (ипохондрический бред) и др.
- Галлюцинации чаще всего бывают слуховыми, вербальными. Особенно характерны псевдогаллюцинации. По содержанию наиболее распространены угрожающие, комментирующие, антагонистические и императивные. Слышатся также оклики по имени. Обонятельные галлюцинации бывают гораздо реже (обычно больного преследуют отвратительные запахи — трупа, газа, крови, спермы и т. д.), они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком злокачественного течения болезни. Зрительные галлюцинации нехарактерны, скорее встречаются обусловленные бредом иллюзии ("видят" мелькнувшее в чьих-то руках оружие, принимая за него какой-либо предмет при бреде преследования).
- Для активного периода параноидной шизофрении характерен следующий стереотип развития заболевания. Болезнь манифестирует паранойальным синдромом или вербальным галлюцинозом, которые в дальнейшем трансформируются в параноидный и галлюцинаторно-параноидный. Кульминацией второго этапа является синдром Кандинского-Клерамбо. На третьем этапе присоединяется и выходит на первый план фантастический бред величия. Синдром становится парафренным. Однако в настоящее время, особенно при своевременном и адекватном лечении, процесс может остановиться на параноидном этапе. Кроме этого на всем протяжении заболевания с разной степенью выраженности (в зависимости от типа течения болезни) возникает и прогрессирует негативная симптоматика.

# Циркулярная форма.

- Проявляется депрессивными и маниакальными приступами с атипичной картиной. Между ними бывают светлые промежутки (интермиссии), часто с практическим выздоровлением после первых фаз, но с признаками нарастающего шизофренического дефекта по мере их повторения.
- Атипичные маниакальные приступы характеризуются тем, что при них, кроме чрезмерно повышенного настроения, чрезмерной активности, стремления к деятельности, болтливости, идей величия, обычно развертывается бред преследования (больного преследуют целые организации, таинственные и преступные). Сам бред величия становится нелепым. Например, больной утверждает, что за несколько дней вырос на 10 см, его мышцы налились небывалой силой, у него открылась "потрясающая память". Бред величия склонен переплетаться с "активным" бредом воздействия, когда больной утверждает, что не он подвергается воздействию, а сам открыл у себя способность гипнотизировать других, читать чужие мысли, усилием воли замедлять или ускорять течение времени, заставить вянуть цветы и т. д. Бред отношения может приобретать эйфорическую окраску ("все мною любят", "завидуют", "подражают"). Иногда возникают слуховые галлюцинации; голоса «учат», дают советы, но могут угрожать или комментировать поведение больного.

- Явления психического автоматизма проявляются неприятным наплывом мыслей в голове, "ералашем в мыслях", ощущением, что мозг работает как компьютер или "передатчик мыслей". Характерен бред инсценировки: больные считают, что все вокруг переоделись, разыгрывают порученные им роли, всюду "что-то творится", "идет киносъёмка".
- Атипичные депрессивные приступы отличаются не столько тоской и угнетенностью, сколько тревогой и страхом. Больные даже не могут понять, чего они боятся ("витальный страх"), или ждут каких-то ужасных событий, катастроф, стихийных бедствий. Легко возникает бред преследования, который может сочетаться с бредом самообвинения и отношения ("из-за ужасного поведения расправятся с его родными", на больного "все смотрят, потому что глупость видна на лице", его собираются умертвить, так как он вел "развратный образ жизни", "заразился СПИДом"). Депрессивную окраску приобретает бред воздействия ("создают пустоту в голове", "лишают половой потенции"), бред инсценировки (кругом переодетые тайные агенты и провокаторы, чтобы "подвести" больного под арест), дереализация ("все вокруг как неживое") и деперсонализация ("стал как будто неживым"). Могут возникать



- Смешанные состояния особенно характерны для повторных фаз. Одновременно сосуществуют и депрессивные, и маниакальные симптомы. Больные взвинчены, гневливы, активны, стремятся во всё вступать и всеми командовать, но при этом жалуются на неодолимую скуку, иногда на тоску и беспричинную тревогу. Высказывания и их эмоциональная окраска часто не соответствуют друг другу. С веселым видом могут говорить, что их заразили сифилисом или собираются кастрировать, и с тоскливым выражением о том, что голова переполнена гениальными мыслями.
- Онейроидные состояния чаще развиваются на высоте маниакальных, реже депрессивных приступов. Переживания не отличаются от описанных при онейроидной кататонии. Во время этих состояний больные сидят неподвижно с отрешенным видом или лежат с меняющимся выражением то блаженства, то ужаса на лице. В контакт не вступают, от себя гонят или молчат. Происходящего вокруг как бы ни замечают. Продолжительность

- **Конечное состояние** наступает после активной (манифестной) стадии шизофренического процесса, при его неблагоприятном (злокачественном) течении. Проявляется стойким выраженным дефектом, не поддающимся обратному развитию, несмотря на активное лечение и реабилитацию в течение нескольких лет. Такое состояние ещё называется шизофренической деменцией. Своеобразие её, отличающее от других (органических) деменций, состоит в том, что у больного в основном сохраняются прежние знания и опыт, у них нет грубых расстройств памяти и интеллекта, они могут высказывать правильные суждения. У больных происходит не снижение уровня мышления, а его формальные нарушения, главным образом разорванность (инкогерентность) наряду с ассоциативной дезинтеграцией. Наблюдаются также грубые расстройства эмоционально-волевой сферы (апатия, абulia и др.) и поведения в целом (аутизм, вычурность, парадоксальность и др.). Поэтому больные не могут продуктивно использовать имеющиеся у них знания и опыт и становятся тяжело социально дезадаптированными вплоть до беспомощности. Такой тип деменции называется апатико-инкогерентным. В настоящее время вследствие патоморфоза шизофрении (более благоприятное течение в целом), ее более эффективного лечения и реабилитации конечные состояния встречаются редко. Чаще болезнь завершается, в зависимости от типа течения, адекватности лечения и реабилитации, либо выздоровлением (реже), либо менее выраженным (в той или иной степени) дефектом (чаще), который не ведет к глубокой социальной дезадаптации. В таких случаях говорят о резидуальной шизофрении.

- Отечественным психиатрам (Д. Е. Мелехов, Г. Е. Сухарева, А. В. Снежневский, Р. А. Наджаров) принадлежит систематика шизофрении, основанная не на клинической картине, а на типах течения. Выделяются **три основных типа**.

- **Непрерывно-прогредиентный тип**, самый неблагоприятный, характерен для простой, гебефренической, кататонической (люцидной) и параноидной форм. Без лечения болезнь развивается неуклонно и беспрерывно до возникновения дефекта. Ремиссии обычно бывают следствием лечения и удерживаются до тех пор, пока применяется поддерживающая терапия. Темп развития болезни различен. Неблагоприятным является злокачественный вариант, обычно начинающийся в подростковом и юношеском возрасте (злокачественная кататоническая, гебефреническая, параноидная, простая формы). В этих случаях возникают тяжелые конечные состояния.
- Благоприятный вариант данного типа течения – вялотекущая или малопрогредидентная шизофрения. Имеет две разновидности – неврозоподобную и психопатоподобную.

• **Приступообразно-прогредиентный (шубообразный, от нем. schub — сдвиг) тип** характеризуется отдельными приступами, продолжающимися от 2—3 недель до нескольких месяцев. Приступы чередуются со светлыми промежутками — ремиссиями, в которых возникают признаки шизофренического дефекта и остаточные симптомы прошедшего приступа. Приступы имеют тенденцию к расширению и усложнению продуктивной симптоматики (например, паранойяльный, параноидный, с-м Кандинского-Клерамбо и т.д.), а также удлинению. В ремиссии углубляется дефект личности. Шубообразный тип течения характерен для кататонической, параноидной, и циркулярной форм. При нем наблюдается достаточно продолжительный (несколько лет) инициальный период с медленным нарастанием негативных изменений личности.

• **Реккурентный (периодический) тип** характеризуется острыми приступами с картиной аффективных, аффективно-бредовых и онейроидно-кататонических расстройств. У одних больных приступы однотипны (по типу клише), у других - разнообразны. Ремиссии продолжительные, высокого качества с негрубым дефектом. Инициальный период кратковременный (от нескольких недель до нескольких месяцев), проявляется общесоматическими расстройствами, аффективными колебаниями, явлениями соматопсихической деперсонализации. Данный тип течения свойственен циркулярной и кататонической (онейроидной) формам.

# Возрастные особенности клинической картины и течения.

- **Детская шизофрения** встречается относительно редко. Начало обычно постепенное, с беспричинных и нелепых страхов, двигательных и речевых стереотипий, патологических фантазий. На манифестном этапе симптоматика атипичная, рудиментарная, полиморфная, что затрудняет определение формы заболевания. Течение чаще злокачественное. Дефект, кроме основных негативных симптомов, сочетается с остановкой развития психики на том возрастном этапе, когда болезнь проявилась. Поэтому начало болезни в раннем детстве приводит к сочетанию шизофренического дефекта и отставания интеллектуального развития – олигофренический плюс ("пфрöpfшизофрения"), а в предпубертковом и пубертковом возрасте — к стойкому психическому инфантилизму.
- Подростковая шизофрения обычно протекает с разнообразными психопатоподобными нарушениями, характерна "метафизическая интоксикация". Среди невротоподобных картин встречаются дисморфомания, аноректический и деперсонализационно-дереализационный синдромы. В этом же возрасте дебютирует гебефрения. Могут начаться злокачественно протекающие кататоническая, параноидная и простая формы шизофрении.
- "**Поздняя**" шизофрения начинается после 45 лет. Чаще всего наблюдается параноидная форма с непрерывным или приступообразным течением. В бред обычно включается лишь непосредственное окружение (соседи, близкие, сослуживцы) — "бред малого размаха". Может встречаться циркулярная, в приступах характерен тревожный аффект, депрессивные и персекуторные бредовые идеи, а также синдром