СОДЕРЖАНИЕ

ПОНЯТИЕ ШИЗОФРЕНИИ

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

КЛАССИФИКАЦИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

ПОНЯТИЕ ШИЗОФРЕНИИ

ШИЗОФРЕНИЯ — психическое заболевание с тенденцией к длительному непрерывному волнообразному или приступообразному течению, приводящее к особым, отличным от органических, изменениям личности в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированности. Наряду с этим у больных шизофренией отмечается разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни,— бред, галлюцинации, кататонические или гебефренные расстройства, депрессия или мания, неврозо- и психопатоподобные расстройства. Характерна для этой болезни дискордантность психических функций — рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики (своеобразно «расщепление» — термин, от которого произошло название: «шизо» по-гречески «расщепляю», а «френ» — «разум»).

Выделение шизофрении как самостоятельного психического заболевания связано с созданием первой нозологической классификации психозов и переходом от симптоматологического к нозологическому периоду развития психиатрии.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

История учения о шизофрении тесным образом связана с историей психиатрии, и в ней, как в капле воды, отражаются все противоречия школ, направлений, позиций и взглядов на этиологию, патогенез, симптоматологию, течение и терапию, однако в данном кратком историческом обзоре речь пойдет об истории учения о психопатологии и клинике шизофрении.

В основу учения о раннем слабоумии (dementia praecox) Е. Kraepelin (1896) положил концепцию ослабоумливающего процесса — закономерность, характеризующую болезнь в целом, и объединил в эту различную но своим клиническим проявлениям группу психических болезней, известных как раннее слабоумие [Morel В., 1852]; раннее слабоумие и гебефрению [Hecker Е., 1871], кататонию [Kahlbaum К., 1890] и хронические бредовые психозы [Magnan V., 1891]. Наряду со злокачественным типом течение заболевания Е. Kraepelin выделял и другие, характеризующиеся не столько ослабоумливающим процессом, сколько прогредиентностью. Это касалось в первую очередь приступообразных форм течения, к которым Е. Kraepelin относил циркулярную, депрессивно-параноидную, ажитироваиную периодическую формы, а также случаи с систематизированным бредом, описанные им в группе парафрений.

В последующем Е. Kraepelin (1913) существенным образом изменил свои взгляды в отношении раннего слабоумия, что касалось широкого круга вопросов и в первую очередь обязательного раннего начала болезни, которое, по его мнению, характеризовалось кататоническими и гебефренными картинами, в то время как систематизированные формы бредовых психозов могли возникать и в более поздних возрастных периодах. Им была высказана мысль, что бредовые формы психозов должны быть подразделены на более тяжелые формы с несистематизированным бредом и кататоническими расстройствами, заканчивающиеся слабоумием, и более легкие, занимающие промежуточное место между тяжелыми формами и парафренией. В основу систематики форм заболевания был положен синдромальный принцип. Нозологическая концепция Е. Kraepelin, несмотря на широкое распространение в немецкой психиатрии, вызвала широкую дискуссию, предметом которой было подразделение заболевания на отдельные формы и варианты.

Дальнейшее развитие учения о шизофрении связано с именем Е. Bleuler (1911), которому принадлежит это название болезни. Если Е. Kraepelin в основу раннего слабоумия положил принципы течения и исхода, то Е. Bleuler считал основным диагностическим критерием шизофрении возникновение первичного, основного расстройства — нарушение контактов между отдельными функциями мышления. Изучая психопатологию шизофрении, Е. Bleuler описал такие расстройства, как аутизм, амбивалентность, своеобразные расстройства мышления. Е. Bleuler сдержанно относился к формам течения шизофрении, сосредотачивая свои интересы на бредовых и латентных вариантах течения заболевания.

В дальнейшем позиции исследователей в отношении шизофрении значительно изменились: стали говорить не столько о слабоумии, сколько о дефекте, не столько об ослабоумливающем процессе, сколько о прогредиент-ности, шизофрению стали понимать как процесс, объединяющий как злокачественные, так и достаточно благоприятные, мягкие формы течения.

Наряду с этим продолжались поиски основного расстройства характерного для этого заболевания, которое могло бы заменить достаточно неопределенное понятие слабоумия. К. Schneider (1925) говорил о специфических для шизофрении симптомах первого ранга, куда включал явления психического автоматизма и дефицитарные расстройства; К. Conrad (1959) писал о «редукции энергетического потенциала», W. Janzarik (1957) о «динамическом опустошении», G. НиЬег (1964) о «чистом астеническом дефекте».

Французскими исследователями нозологическая концепция Е. Kraepelin в целом была воспринята отрицательно. Попытка ряда французских психиатров относить острые и бредовые психозы к раннему слабоумию не нашла поддержки. Е. Dupre (1910) и Р. Chaslin (1912) продолжали настаивать на необходимости сохранения самостоятельности хронических галлюцинаторно-параноидных психозов. Вместе с этим появилась тенденция включать в раннее слабоумие В. Morel кататоно-гебефренные состояния и бредовую шизофрению. В последующем Н. Claude (J923, 1925) считал, что к раннему слабоумию следует относить случаи с первичной психической недостаточностью юношеского возраста, проявляющейся прогрессирующим ослаблением интеллектуальных способностей. Вместе с этим Н. Claude считал раннее слабоумие органическим заболеванием головного мозга инфекционного происхождения, а не дегенеративным процессом, как это полагал В. Morel. Среди французских психиатров лишь A. Levi-Valency расширял границы раннего слабоумия за счет бредовых психозов.

Распространившаяся впоследствии классификация Н. Еу (1954, 1959) отличается тем, что в основу ее положен не только принцип преобладания в картине состояния того или иного синдрома, но и принцип течения; в ней выделяются тяжелые, среднетяжелые формы, отграниченные от систематизированных бредовых, острых, циклоидных и шизоаффективных форм.

Американская психиатрия до 30-х годов XX в. не отличалась оригинальностью подходов к проблеме шизофрении. С 30—40-х годов в США стали особенно распространяться психоаналитические и психодинамические концепции. С этих позиций большинство американских психиатров стало понимать шизофрению как «реакцию личности». Выделялись типы этой реакции — кататонический, простой, шизоаффективный, псевдоневротический. Начиная с 70-х годов увлечение психоанализом и психобиологией в американской психиатрии пошло на спад. Современную американскую психиатрию скорее характеризуют крайний эклектизм, претензии на «атеоретичность». Нозологический подход по-прежнему отвергается. В последней официальной классификации психических расстройств (DSM-III), принятой Американской психиатрической ассоциацией, в группу «шизофренических расстройств» включены только кататоническая, параноидная, резидуальная, недифференцированная и «дезорганизованная» формы (последняя по описанию соответствует гебефрении). Шизоаффективные психозы рассматриваются отдельно от шизофрении как неясная еще форма. Простая форма и различные варианты малопрогредиентной шизофрении исключены из группы шизофренических расстройств и отнесены к «расстройствам личности, т. е. объединены с психопатиями.

В отечественной психиатрии нозологический принцип был принят большинством психиатров [Бернштейн А. Н., 1912; Сербский В. П., 1902; Суханов С. А., 1905]. Аналогично позиции О. Bumke в нашей стране ядерная («истинная») шизофрения отграничивалась некоторыми психиатрами от шизофрении симптоматической [Каннабих Ю. В., 1933; Останков П. А.. 1928]. Вместе с этим изучались доброкачественные формы или так называемая «мягкая» шизофрения [Каменева Е. Н., 1933; Розенштейн Л. М., 1933; Фридман Б. Д., 1933]. Систематике форм шизофрении посвятили свои исследования А. Н. Молохов (1948, 1960) и М. Я. Серейский (1954).

Большое значение для развития учения о шизофрении имели работы Д. Е. Мелехова (1958, 1963), выделявшего определенные типы течения, а не формы (под формами нередко понимались стационарные состояния). В рамках шизофрении им были описаны непрерывно текущие и приступообразно развивающиеся процессы. В первой группе Д. Е. Мелехов выделял злокачественные и медленно прогредиентные, активно прогредиентные формы с затяжным течением. Он допускал возможность изменения степени прогредиентности и темпа процесса на отдаленных этапах течения болезни.

Большое значение для изучения психопатологии и клиники шизофрении имели исследования В. А. Гиляровского (1932, 1936), О. В. Кербикова (1949), С. Г. Жислина (1958, 1963) Г. В. Морозова (1975, 1977), Д. С. Озерец-ковского (1962), Л. Л. Рохлина (1970), Н. Н. Тимофеева (1954), В. М. Бан-щикова (1969), Т. А. Невзоровой (1976), С. Ф. Семенова (1977).

Проблемы психопатологии и клиники шизофрении исследовались также в коллективе, руководимом А. В. Снежневским. Отличительной чертой этих исследований явился мультидисциплинарный подход. Клинические исследования проводились в едином комплексе с психологическими, нейрофизиологическими, биохимическими, генетическими, эпидемиологическими и другими. В теоретическом обобщении были выдвинуты концепции «pathos» и «nosos» шизофрении [Снежневский А. В., 1972].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация Е. Kraepelin, включавшая кататоническую, гебефреническую, параноидную и простую формы, имела определенное положительное значение, так как она отражала при наличии общих черт существенные различия в симптоматике.

Уже после Е. Kraepelin были выделены также циркулярная, ипохондрическая, неврозоподобная и другие формы. Указанная классификация и до настоящего времени используется отдельными психиатрами и психиатрическими школами. Ее главный недостаток — статический характер, основанный на «поперечном разрезе» — синдромальной картине. Между тем исследования последних двух десятилетий показали неоднородность указанных форм, их различный исход и разную клиническую картину.

В СССР общепринятой являлась классификация форм шизофрении, разработанная Институтом психиатрии АМН СССР [Снежневский А. В., 1960; Наджаров Р. А., 1972], основанная на изучении особенностей клиники и течения (формы течения), что дает гораздо большие возможности клинического, терапевтического, социального прогноза. Выделяются три основных формы течения: непрерывная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная. В качестве особых форм выделяются фебрильная шизофрения, паранойяльная и малопрогредиентная шизофрения, латентная шизофрения. Каждая из этих форм имеет варианты, отличающиеся степенью прогредиентности, но сохраняющие общие для каждой из форм течения черты.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕЧЕНИЕ

В симптоматологии шизофрении следует выделить облигатные, наиболее характерные для этой болезни симптомы и, хотя и постоянно присутствующие в ее клинической картине, но нозологически не специфические.

К первым относятся характерные расстройства мышления, речи, эмоций, поведенческих реакций, психической активности.

Мышление больных шизофренией, а также устная и письменная речь утрачивает целенаправленность, последовательность, логичность. Больной легко сбивается, теряет нить рассуждении. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («голова становится пустой»). Сам процесс мышления становится объектом внимания больных, утрачивая свой «автоматический характер». Иногда больной как бы физически ощущает изменения хода мыслей. Наряду с этим изменяется сам характер мышления. Утрачиваются образные компоненты, начинает преобладать склонность к абстракции и символике. В речи больных появляется склонность к бесплодному рассуждательству, витиеватости (резонерству). Вместе с тем обнаруживаются «соскальзывания», «закупорка» мышления, «обрывы» (sperung); нарушения мышления носят далеко не всегда однообразный характер. В одних случаях они сочетаются с общим обеднением мышления, когда больные жалуются, что у них вообще мало мыслей, они элементарны, в других — обращает внимание необычность, своеобразие ассоциаций, их неадекватный характер. Патопсихологической основой этого расстройства является искажение мыслительной деятельности в виде «разноплановости», многоаспективности в подходе к тем или иным объектам или явлениям, при котором в равной степени актуализируются и используются как существенные, практически значимые, так и случайные или незначительные свойства и характеристики объектов [Поляков Ю. Ф., 1974].

В далеко зашедших случаях выступает выраженная разорванность мышления, когда речь, сохраняя грамматические формы, утрачивает всяческий смысл. Искажается уже не только фразовая речь, но и отдельные слова, появляются новые вычурные слова (неологизмы). Такие выраженные расстройства речи носят название шизофазии. В этих тяжелых случаях речь утрачивает свои коммуникативные функции.

Для шизофрении характерны значительные изменения в эмоциональной сфере. Они носят двоякий характер. С одной стороны, наблюдается прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций, с другой — их неадекватность, парадоксальность.

Постепенное обеднение эмоциональных реакций наблюдается уже в начальном периоде заболевания, либо возникает и прогрессирует от приступа к приступу. Сначала страдают высшие эмоции — сострадание, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. В последующем больные становятся все более холодными, эгоцентричными. Их перестают интересовать события на работе, в семье. В тяжелых случаях развивается глубокая апатия с полным равнодушием к окружающей обстановке и собственной судьбе. Такое однолинейное прогрессирующее эмоциональное опустошение вплоть до развития апатического слабоумия встречается не столь уж часто, обычно при злокачественно текущих случаях. Чаще же на фоне значительного обеднения эмоциональной жизни выступает парадоксальность эмоциональных реакций. Больной смеется в неподобающей ситуации, спокойно констатирует грустные для него и окружающих события, но дает неадекватные, часто бурные реакции по совершенно ничтожным поводам. Нередко в этих реакциях чувствуется их неестественность, отсутствие аффективной насыщенности, поэтому также легко эти реакции проходят (шизофренический «псевдоаффект»).

Вместе с тем было бы неправильно думать о тотальном эмоциональном оскудении или парадоксальности. На всем этом фоне больной нередко сохраняет узкие, но достаточно выраженные избирательные привязанности, в частности к одному из близких, друзей, определенному роду занятий. Нередко встречается глубокая привязанность больных шизофренией матерей к ребенку, сочетающаяся с гиперопекой и др. Вообще, как и в сфере мышления, где одновременно могут существовать противоположные по направленности мысли, в сфере эмоций также наблюдаются как бы раздвоения эмоциональных реакций на одно и то же событие (эмоциональная амбивалентность).

Одной из характерных особенностей шизофрении является снижение психической активности («энергетического потенциала» по К. Conrad, 1958). У больных постепенно снижается уровень активности, им все труднее становится учиться, работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует все большего и большего напряжения. Концентрация внимания дается все с большим трудом. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим трудностям в учебе, профессиональном снижении, либо в тяжелых случаях к полной несостоятельности при сохранных формальных функциях интеллекта.

Целый ряд особенностей выявляется в поведении больных, главным образом в сфере межличностных отношений. Больным шизофренией свойственна интровертированность — преобладание жизни внутренним миром. Однако эта черта нередко характеризует и преморбидную личность больных. При развитии заболевания эта тенденция значительно нарастает, достигая степени аутизма [Bleuler Е., 1911],—«ухода в себя», приводящего к нарушению межличностных отношений. Больной становится молчаливым, начинает избегать контактов с людьми, так как лучше чувствует себя в одиночестве. Постепенно сужается круг знакомых. Даже с близкими вербальный контакт становится формальным, бедным. В одних случаях аутистические тенденции сопровождаются общим обеднением психической жизни, в других аутистическое поведение скрывает очень своеобразный мир переживаний, включающий рефлексию, аутическое фантазирование, своеобразное представление об окружающей жизни в виде особого мировоззрения. Нередко, особенно в начальной стадии болезни, большое место занимают переживания собственной неполноценности, невозможности найти эмоциональный контакт с другими людьми, чувство надвигающейся психической несостоятельности. Аутичные больные очень неохотно, формально, немногословно говорят о содержании своих переживаний. Более полную картину можно получить, знакомясь с письменными самоописаниями больных. Однако по мере прогрессирования болезни внутренний мир оскудевает.

Изменению подвергается и внешний облик больных, мимика и жесты, манера поведения, формы реакций на различные жизненные события. В соответствии со снижением уровня эмоциональных реакций значительно обедняется и становится неадекватной мимика, почти исчезают вазомоторные реакции. Мимические движения не находятся в связи с определенной ситуацией, внутренними переживаниями, а свидетельствуют о расщеплении целостного эмоционально-мимического реагирования. В более выраженной стадии болезни нередко меняется походка — становится какой-то неестественной, вычурной. То же самое можно сказать и о жестикуляции. Вообще манерность мимики и пантомимики является характерным для шизофренических изменений личности.

Меняется также голос — исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы интонации, о волнующем и безразличном больные говорят одним тоном («деревянный голос»).

Нередко меняется и манера одеваться. Одни больные становятся неряшливыми, неаккуратными, совершенно не стесняясь могут появиться в обществе в грязной старой одежде, другие начинают одеваться крайне вычурно, крикливо, утрачивая элементарный вкус и такт. Наконец, у отдельных больных обнаруживается крайний консерватизм в одежде, которая перестает соответствовать не только моде, но и возрасту, положению в обществе.

Что касается поведения больных, то оно часто характеризуется негативистическими тенденциями, которые проявляются в активном отстранении от любых попыток вступить с ними в контакт, чем-то им помочь. С другой стороны, реакция больного в той или иной значимой для него ситуации становится трудно предсказуемой. Сохраняя все формальные функции интеллекта, больные ведут себя в подобных ситуациях настолько неадекватно, что создают для себя большие трудности. Часто в поведении отчетливо проявляется амбивалентность — одновременное и равнозначное сосуществование двух противоположных тенденций, определяющих невозможность завершить те или иные действия или принять решения. Вместе с тем дискордантность проявляется в том, что наряду со всем сказанным вполне возможны ситуации, где больные ведут себя совершенно правильно, способны принимать верные решения.

Таким образом, расстройства в идеаторной сфере, эмоциональной жизни, манерность, вычурность, негативизм и амбивалентность являются основными характеристиками развивающегося процесса. В зависимости от степени прогредиентности заболевания они могут быть выражены в различной степени — от тонких, улавливаемых только опытным глазом особенностей, до грубых расстройств, обнаруживаемых без труда. Важно отметить, что вся описанная симптоматика развивается на фоне непомраченного сознания и не является транзиторной. Следовательно, речь идет о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут усиливаться при обострениях болезни, но никогда не исчезают полностью.

Помимо описанных выше типичных для шизофрении изменений, как правило, в течение болезни возникают и закономерно сменяются различные позитивные (продуктивные) симптомокомплексы — неврозо- и психопатоподобные, аффективные, бредовые, гебефренические и кататонические. Этим создается большой клинический полиморфизм. Однако этот полиморфизм не безбрежен — болезнь протекает в виде нескольких форм, отличных друг от друга по определенным клиническим показателям. Поэтому клинический и социальный прогноз, а также выбор терапии не может решаться на основании только общего диагноза шизофрении. Распознавание отдельных форм шизофрении приобретает поэтому большое практическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней./ Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Сфера, 2005
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991
3. Психиатрия. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. М.: Медицина, 2002
4. Руководство по психиатрии/ под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1983
5. История шизофрении. Гаррабе Ж.
6. Общая психопатология. Жмуров В.А.