

1. Кратко о шизофренији



Что такое шизофрения?

Шизофрения – хроническое психическое заболевание, **ПРИВОДЯЩЕЕ К РАССТРОЙСТВУ МЫШЛЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯМ ВОСПРИЯТИЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ.** У людей, страдающих шизофренией, обычно нарушено восприятие мира и способность к самовыражению. Часто кажется, что они утратили связь с реальностью, что может причинять значительный дискомфорт им самим, их родственникам и друзьям.



Люди с шизофренией иногда с трудом отличают реальность от вымысла. Их может мучить страх, будто другие люди читают их мысли или тайно планируют причинить им вред. Кроме того, они могут слышать, видеть, ощущать или осязать вещи, которых на самом деле не существует. Они могут испытывать трудности с восприятием, пониманием и выражением эмоций. Когда заболевание затрагивает мыслительные процессы, у таких людей могут возникать проблемы с логикой, абстрактным мышлением, концентрацией внимания или принятием решений. Их перестают радовать занятия, которые раньше доставляли удовольствие.

Эти симптомы оказывают серьезное влияние на повседневную жизнь людей с шизофренией и их отношения с окружающими. Шизофрения встречается реже, чем некоторые другие психические расстройства.

Этим заболеванием страдает приблизительно

24 МИЛЛИОНА человек

во всем мире, что составляет

0,32 %

от всего населения земного шара. Шизофрения встречается с одинаковой частотой у самых разных людей, вне зависимости от пола, расы, национальности и финансового положения.

Когда появляются симптомы?

Первые симптомы шизофрении обычно возникают в период подросткового возраста.

Мужчины и женщины в равной степени подвержены заболеванию. У мужчин симптомы, как правило, появляются раньше, в период с **13** до **20** лет. У женщин симптомы обычно проявляются в период от **27-29** до **30** с лишним лет. Это заболевание также может проявиться в возрасте **45-50** лет.

Из-за широкого спектра проявлений

**ШИЗОФРЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ
ОДНИМ ИЗ
САМЫХ
СЛОЖНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ.**



Несмотря на то что шизофрения является хроническим заболеванием, она поддается лечению с помощью лекарственных препаратов.

В долгосрочной перспективе жизнь людей с этим расстройством может существенно улучшиться – при проведении психотерапии и психосоциальной реабилитации.

Каковы факторы риска развития шизофрении?

За последние десятилетия мы многое узнали о шизофрении. Однако **ТОЧНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ ИЗВЕСТНА.**

Исследователи полагают, что причиной может быть взаимодействие **МЕЖДУ ГЕНАМИ И ФАКТОРАМИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.**

Гены играют очень важную роль в развитии шизофрении. Результаты исследований указывают на то, что в развитии этого заболевания может быть задействовано множество различных генов.

При этом какой-то один конкретный ген сам по себе не может привести к появлению болезни. Также известно, что гены не являются прямой причиной развития шизофрении.

Скорее, они делают человека более уязвимым к развитию этого заболевания.

Более того, имеются свидетельства возможной генетической предрасположенности некоторых людей к шизофрении.



Если у человека имеются элементы той же ДНК, что и у пациента с шизофренией, вероятность развития заболевания повышается. Если это близкий родственник, риск увеличивается в **15** раз.

В случае однояйцевых близнецов риск возрастает примерно до **50%**.

К факторам развития и окружающей среды относятся: низкий уровень доходов, стресс, воздействие вирусов, токсинов, проблемы внутриутробного питания, а также осложнения беременности и родов.



Факторами риска также могут быть проживание в густонаселенных районах, жестокое обращение и психологически неблагоприятная обстановка в семье, низкий уровень интеллекта и психотравмирующие ситуации.

Подростковый возраст считается переломным моментом в развитии шизофрении. В этот

период, по мере взросления, головной мозг претерпевает ряд изменений. У уязвимого человека эти изменения могут спровоцировать развитие психоза.



Злоупотребление наркотиками также считается фактором риска развития шизофрении, особенно в подростковом возрасте. Например, употребление марихуаны в сочетании с другими факторами риска, упомянутыми выше, напрямую связано с развитием болезни.



Как шизофрения влияет на головной мозг?

При шизофрении наблюдается широкий спектр симптомов. Чтобы понять суть этих симптомов, сначала необходимо взглянуть на процессы, которые происходят в головном мозге человека, страдающего этим заболеванием. Исследования установили, что у пациентов с шизофренией клетки мозга работают и взаимодействуют друг с другом иначе, чем у человека здорового.

Роль нейромедиаторов

Нейромедиаторы – это химические вещества, передающие информацию между клетками головного мозга. Слишком большое или слишком малое количество этих веществ влияет на работу головного мозга.

Одним из наиболее изученных нейромедиаторов при шизофрении является

ДОФАМИН 🖐️.

Известный как нейромедиатор «хорошего самочувствия» **ДОФАМИН** играет важную роль в процессах мышления, восприятия и мотивации. При шизофрении слишком большое количество **ДОФАМИНА** в некоторых отделах головного мозга может

привести к развитию галлюцинаций или бреда. С другой стороны, слишком низкий уровень **ДОФАМИНА** в других областях головного мозга приводит к недостатку мотивации и энергии, характерному для шизофрении. Важную роль в развитии шизофрении играют и другие нейромедиаторы, такие как гамма-аминомасляная кислота (ГАМК 🖐️), глутамат 🖐️ и серотонин 🖐️.

Изменениями уровня нейромедиаторов можно объяснить наличие таких симптомов, как пробелы в памяти, проблемы с переключением внимания от одной задачи к другой и рассеянность. Они также могут быть причиной возникновения ошибочных суждений или неспособности предсказать последствия своих действий.



Сеть пассивного режима работы головного мозга

Когда мы отправляем наши мысли «в свободный полёт», активизируются определенные области нашего мозга. Этот процесс позволяет нам мечтать и прорабатывать идеи и воспоминания. Ученые называют его «пассивным режимом работы головного мозга», а задействованные области мозга – «сетью пассивного режима работы головного мозга».

У людей с шизофренией **ЭТИ ОБЛАСТИ ПОЧТИ ПОСТОЯННО НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ ПЕРЕВОЗБУЖДЕНИЯ.**

Это мешает им фокусировать внимание или запоминать информацию.



ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ



Какие симптомы присутствуют при шизофрении?

Выделяют несколько основных категорий симптомов: позитивные, негативные, когнитивные и аффективные.

1. Позитивные симптомы

Позитивные (или продуктивные) симптомы (часто называемые «психотическими симптомами») – это мысли и поведение, которые не характерны для людей без этого заболевания. В отдельно взятый момент времени может присутствовать сразу несколько позитивных симптомов. К таким симптомам относятся:

- **ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:** когда человек слышит, видит или ощущает вещи, которых на самом деле не существует и которые никто больше не воспринимает. При галлюцинациях человек может слышать звуки, музыку, шепот или голоса, видеть различные предметы, вспышки или людей, тактильно ощущать различные текстуры или объекты, воспринимать разные вкусы и запахи. Наиболее распространенный вид галлюцинаций – комментирующие голоса, обычно ведущие между собой диалог, при этом их слова часто носят критикующий или угрожающий характер. Эти голоса также могут заставлять человека делать то, что в иной ситуации он бы никогда не сделал.

- **БРЕД:** не поддающиеся переубеждению ошибочные суждения, которые другие люди не разделяют и считают странными. Людям с шизофренией часто кажется, что их преследуют или что за ними следят. Они также могут верить, что другие люди способны читать их мысли или что они обладают особыми силами или способностями. Одновременно может возникать несколько видов бреда.

- **ДЕЗОРГАНИЗОВАННОСТЬ (НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ) МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ**

включает спутанность и беспорядочность речи и мышления. Люди с шизофренией часто не заканчивают предложения. Они также могут соединять слова без какого-либо логического смысла, говорить о вещах, не имеющих отношения к теме разговора, или перескакивать с одной мысли на другую. В результате их речь может стать трудной для понимания.

- **СТРАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

может проявляться в различных формах – от детской дурашливости до неожиданного возбуждения. Иногда человек может принимать причудливую позу или чрезмерно жестикулировать. Он также может отказываться следовать инструкциям или никак не реагировать на то, что происходит вокруг.

Негативные симптомы



2. Негативные симптомы

Негативные симптомы включают обеднение или полное исчезновение определенных аспектов мышления и поведения, например мотивации или способности выражать эмоции. Такие симптомы обычно сложнее поддаются лечению, чем позитивные.

К негативным симптомам относятся:

- **ОБЕДНЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ** (также называемое «**УПЛОЩЕННЫМ АФФЕКТОМ**» ) , влияющее на речь, мимику и даже движения. Речь человека теряет выразительность, голос звучит приглушенно, монотонно. На лицах таких людей не отражаются никакие эмоции. Они также могут избегать зрительного контакта.
- **РЕЧЕВОЕ ОБЕДНЕНИЕ** (также называемое «**АЛОГИЕЙ**»): речь теряет свою полноту и краски и становится очень бедной, незмоциональной. Человек может отвечать с задержкой, использовать короткие или однословные предложения. Из-за этого создается впечатление его внутренней пустоты.

- **СНИЖЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ИСПЫТЫВАТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ** (также называемое «**АНГЕДОНИЕЙ**»): снижение или отсутствие интереса к деятельности, которая раньше приносила радость. Такой деятельностью может быть, например, прослушивание музыки, садоводство или даже прием пищи. Также могут быть затронуты чувства к близким людям.
- **ОТСУТСТВИЕ МОТИВАЦИИ** (также называемое «**АБУЛИЕЙ**»): ослабление внутренних побуждений и желания достичь цели. Этот симптом также проявляется в неспособности человека завершить начатое или намеченное. Важно отметить, что эти проявления вызваны заболеванием, а не ленью или отсутствием силы воли.
- **СОЦИАЛЬНАЯ ОТЧУЖДЕННОСТЬ** (или «**АСОЦИАЛЬНОСТЬ**»): снижение интереса к установлению и поддержанию близких отношений с другими людьми. Этот симптом приводит к значительному сокращению социальных контактов.

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ



3. Когнитивные симптомы

Когнитивные нарушения влияют на мышление и становятся причиной снижения успеваемости при получении образования, а также снижают эффективность на работе. Обычно они появляются до развития позитивных (продуктивных) симптомов и часто сохраняются даже тогда, когда выраженность позитивных симптомов уменьшается.

Когнитивные симптомы включают в себя

нарушения памяти, снижение концентрации и удержания внимания.

Людам с шизофренией трудно учиться новому или обрабатывать информацию для принятия решений. У них также могут возникать сложности с концентрацией и удержанием внимания. Поскольку люди с шизофренией испытывают трудности во взаимодействии с другими людьми, они часто стараются свести общение к минимуму.

Когнитивные симптомы затрудняют выполнение повседневных задач. Как следствие, они могут стать одним из самых неблагоприятных проявлений шизофрении. Часто люди с шизофренией не осознают, что у них есть это заболевание. Непонимание собственного состояния, также называемое «анозогнозией», может значительно усложнить лечение и уход.

4. Аффективные симптомы

У пациентов с шизофренией часто проявляются аффективные нарушения (или нарушения настроения), такие как депрессия и тревожность. Депрессия присутствует у **80%** пациентов с шизофренией. Она может иметь широкий спектр негативных последствий – повышение риска обострения заболевания, ухудшение взаимодействия с другими людьми и снижение качества жизни. При депрессии также повышается риск самоубийства: почти две трети людей с шизофренией, которые сводят счеты с жизнью, делают это на фоне депрессии. Приблизительно у половины людей с шизофренией появляются мысли о самоубийстве на фоне нарушения настроения, которые либо являются симптомом заболевания, либо возникают из-за стресса и социальных проблем, вызванных шизофренией. Кроме того, приблизительно у **30%** людей с этим заболеванием отмечаются обсессивно-компульсивные симптомы, проявляющиеся в виде повторяющихся, навязчивых и нежелательных мыслей и действий, которые мучают человека.

Развитие шизофрении включает три фазы

Течение шизофрении зависит от нескольких факторов – возраста пациента при появлении симптомов, их выраженности и продолжительности. Ранние симптомы часто развиваются постепенно, со временем становясь все более тяжелыми и заметными.

При этом могут отмечаться периоды усиления или уменьшения выраженности симптомов. Периоды усиления симптомов называют обострениями, или рецидивами. При лечении выраженность большинства таких симптомов может уменьшиться. При этом многие симптомы даже могут исчезнуть полностью (особенно позитивные симптомы). **РЕМИССИЕЙ** называют период, когда симптомы отсутствуют или когда они проявляются лишь в легкой форме.

Хотя шизофрения развивается по-разному, в ее течении можно выделить три основные фазы:

ПРОДРОМАЛЬНУЮ,
АКТИВНУЮ и
ОСТАТОЧНУЮ.

1. Продромальная фаза

Продромальный означает «предшествующий заболеванию». На этом этапе, который может длиться от **2 до 5 лет**, исподволь появляются изменения, которые со временем становятся заметны для семьи и близких друзей.



Эти изменения включают проблемы с памятью и концентрацией внимания или необычные идеи и поведение.

Также могут отмечаться непоследовательность в общении и снижение интереса к повседневной деятельности. У подростков на такие изменения часто не обращают внимания, так как считают подобные проявления нормальными для этого возраста. Анализируя воспоминания об этих симптомах, можно увидеть тревожные знаки. Однако в сам момент их появления такие изменения чрезвычайно трудно отличить от обычного поведения, характерного для подростков.

2. Активная фаза

Для этой фазы характерно развитие психотических симптомов, таких как галлюцинации, бред и (или) непоследовательность мышления и речи, а также возникновение депрессии или обеднение эмоциональных проявлений. Наличие этих симптомов называют «психозом», а период их проявления – «психотическим эпизодом». Эти симптомы могут возникать постепенно или внезапно. В большинстве



случаев причина их развития остается неизвестной. Ученые считают, что первое появление психотических симптомов (также называемое «первым эпизодом») может быть вызвано стрессом. В этой фазе заболевания пациенты и члены их семей обычно обращаются за медицинской помощью.

3. Остаточная фаза

Она длится **6-18 месяцев** после активной фазы. В этой фазе выраженность многих характерных психотических симптомов уменьшается. Однако некоторые симптомы, такие как галлюцинации или нарушения различных функций организма, могут в ослабленном виде сохраняться. Позитивные симптомы могут сменяться негативными, например упадком сил и отстраненностью от общества. Во многих случаях именно в этот период пациенты начинают понимать свои симптомы и учатся их устранять.





Как прогрессирует шизофрения?

Хотя у каждого пациента заболевание протекает по-разному, исследования в этой области позволили установить, что

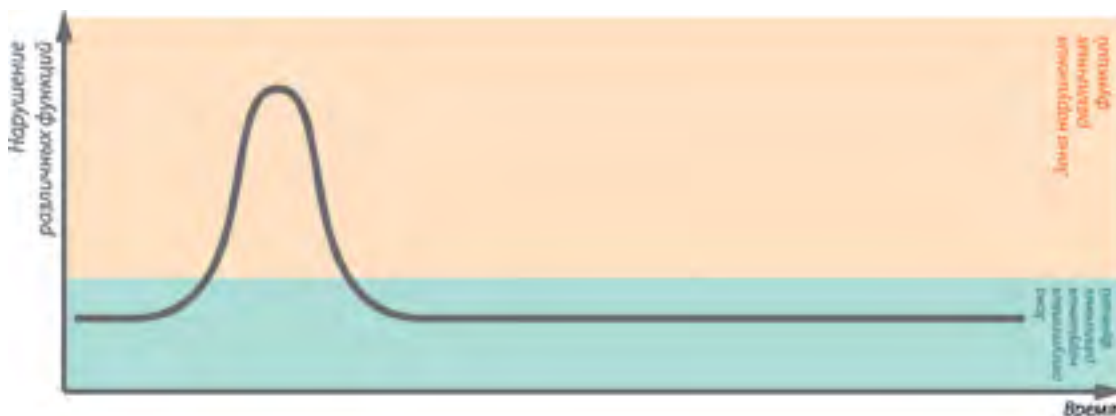
развитие шизофрении обычно происходит по одному из четырех вариантов. Они представлены в изображениях, в которых показано возможное течение заболевания и его влияние на жизнь пациента.

На рисунке 1 можно увидеть, что после первого острого эпизода с психотическими симптомами

у **22%** пациентов может наступить ремиссия без рецидивов или нарушений различных функций.

Рисунок 1.

Группа 1. Единичный эпизод, за которым не следует нарушение каких-либо функций.

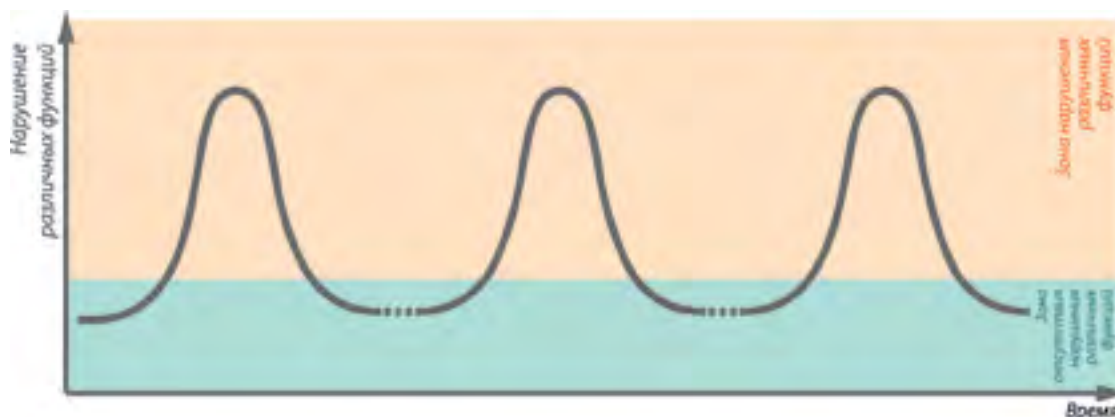


В исследованиях было установлено, что в **35%** случаев заболевание прогрессирует приступообразно, с развитием нескольких психотических эпизодов в последующие годы (см. рисунок 2 ниже).

Эти эпизоды часто возникают на фоне повышенного стресса. В некоторых случаях между отдельными эпизодами наблюдается полная ремиссия с восстановлением различных функций.

Рисунок 2.

Группа 2. Несколько эпизодов с отсутствием нарушений или с минимальными нарушениями различных функций между эпизодами.

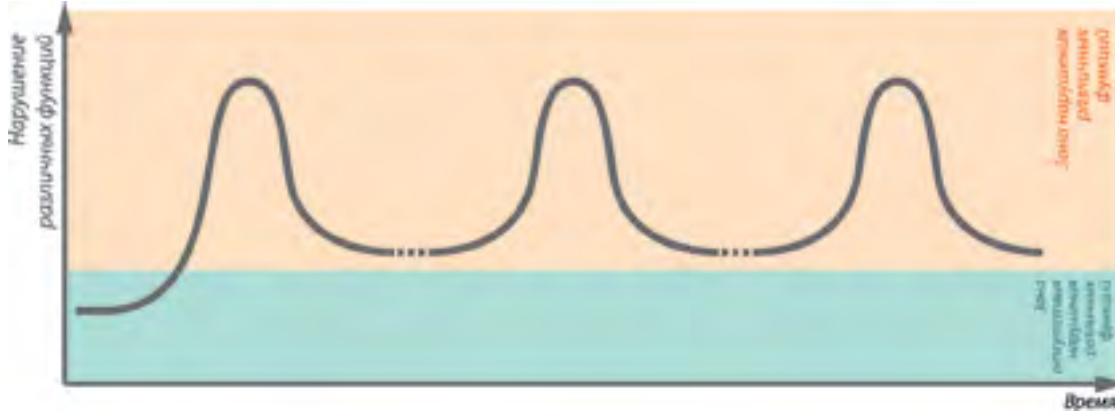


Приблизительно у **8%** пациентов наблюдается частичная ремиссия с ослаблением, но стойким сохранением симптомов (см. рисунок 3).

К ним могут относиться психотические, негативные и когнитивные симптомы, а также нарушения различных функций.

Рисунок 3.

Группа 3. Нарушения появляются после первого эпизода, при этом восстановление функций не происходит.

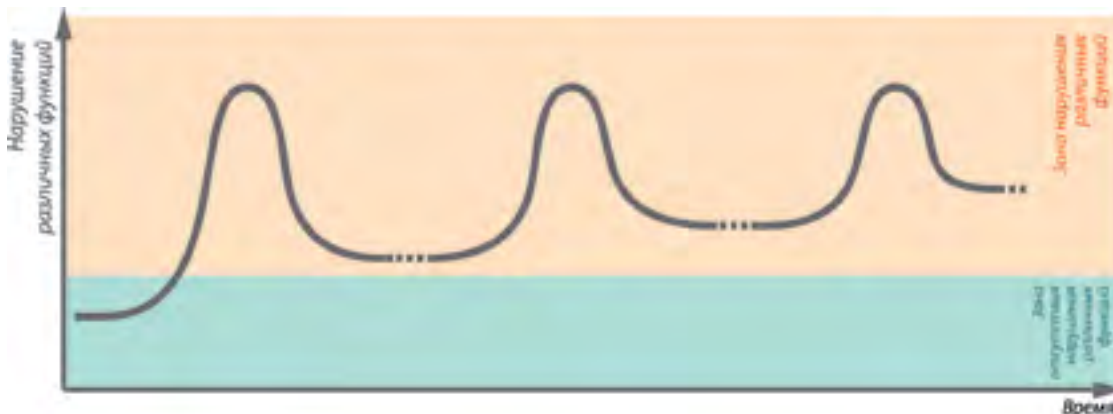


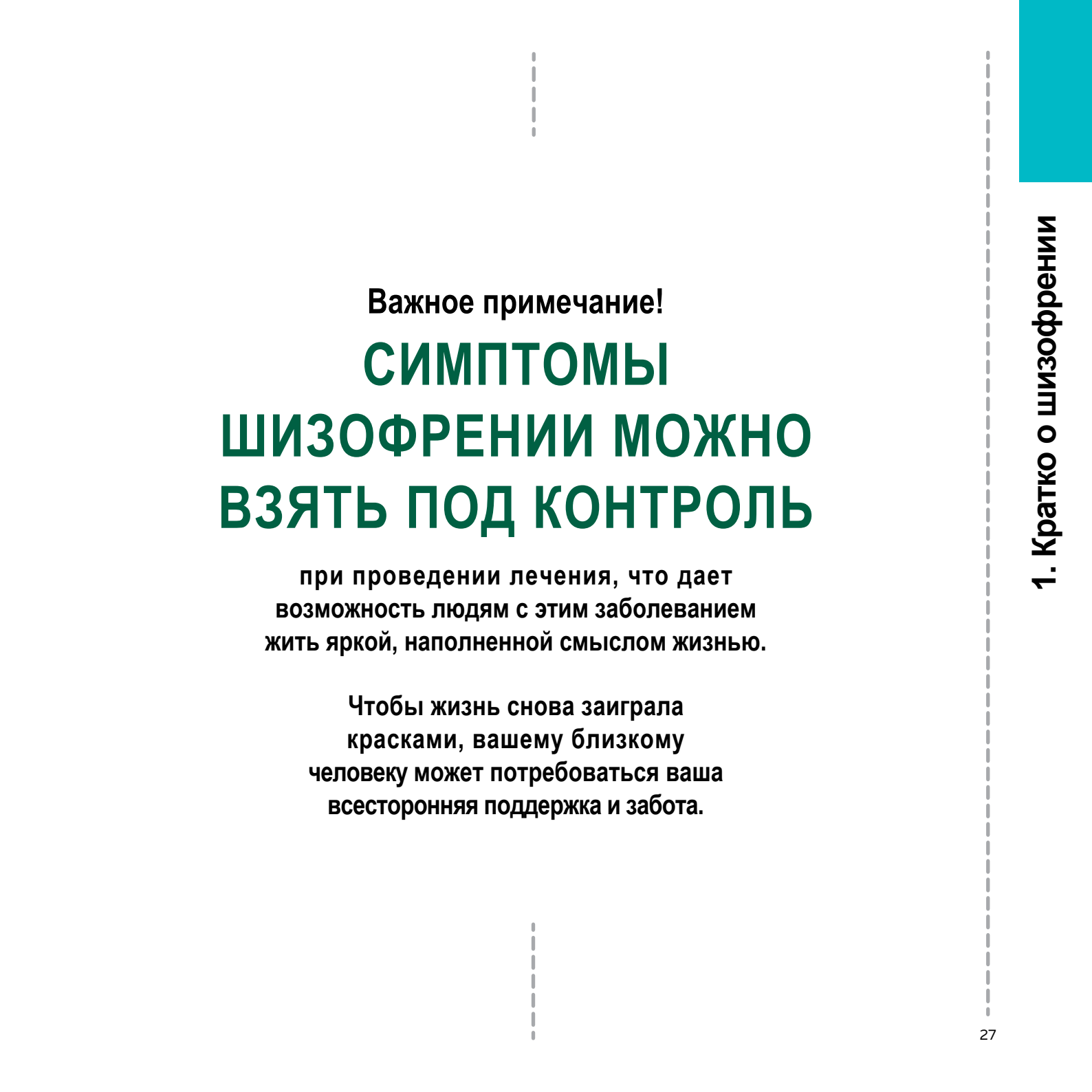
В остальных случаях (примерно у **35%** пациентов) заболевание прогрессирует, и один психотический эпизод непрерывно

сменяет другой. Такое течение заболевания проиллюстрировано на рисунке 4.

Рисунок 4.

Группа 4. Нарушения усиливаются с каждым эпизодом, при этом восстановление функций не происходит.





Важное примечание!

СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ МОЖНО ВЗЯТЬ ПОД КОНТРОЛЬ

при проведении лечения, что дает
возможность людям с этим заболеванием
жить яркой, наполненной смыслом жизнью.

Чтобы жизнь снова заиграла
красками, вашему близкому
человеку может потребоваться ваша
всесторонняя поддержка и забота.

Список литературы

1. World Health Organization. Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 “Schizophrenie.” Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jan;60(1):61–7; quiz 68–9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis*. 2016 Jan 2;8(1):48–59.
10. Schizophrenia - Mental Health Disorders. Merck Manuals Consumer Version. <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>.
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizoph Res*. 2007 February; 90(1-3): 186–197

13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Times*. <https://www.psychiatristimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>.
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Jul 1;21(8):64.
15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):671–92.
16. American Psychiatric Association. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition*. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Oct;37(5):586–94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005 Mar;162(3):441–9.
19. Bäuml J. *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. *Schizophrenia Facts and Statistics*. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)