

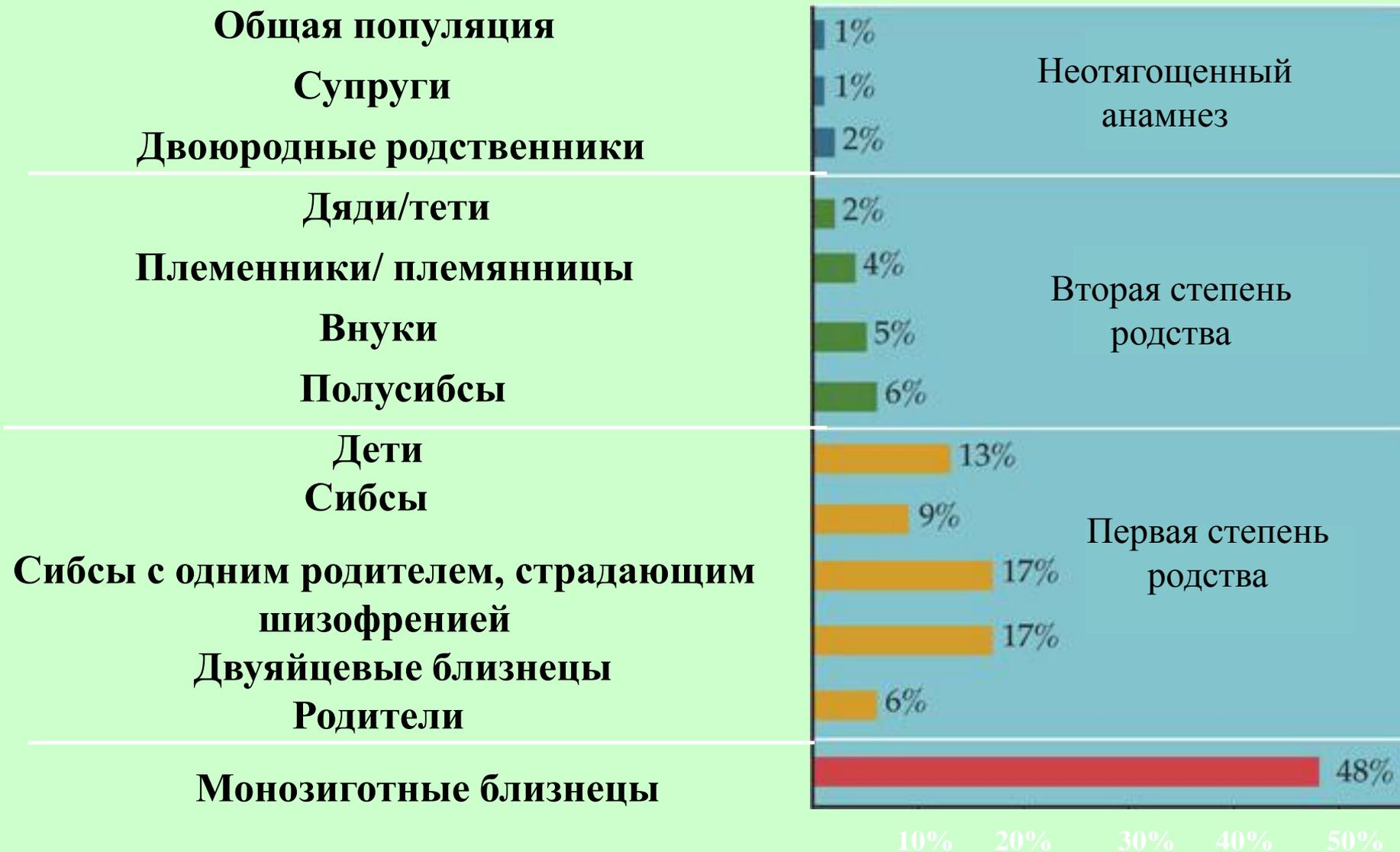
# ШИЗОФРЕНИЯ



**Шизофрения** (буквально – расщепление ума) – психическое заболевание, возникающее на основе наследственного предрасположения, которое имеет непрерывное или приступообразное течение и приводит к своеобразным изменениям личности в виде дезинтеграции психики, аутизма, эмоционального обеднения и снижения активности.

**Причины:** неблагоприятные внешние воздействия, оказывающие провоцирующее влияние на развитие заболевания (эмоциональный стресс, острые соматические и инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, роды); изменения на биологической или социально-психологической почве (церебрально-органическая недостаточность, алкоголизм, наркомания, затяжные соматические заболевания, хронические психотравмирующие ситуации).

# Риск развития шизофрении в течение жизни



## Клинические проявления шизофрении делятся на:

- негативные (отражают нанесенный болезнью ущерб психике);
- продуктивные (позитивные).



# ***Негативная симптоматика шизофрении:***

**1. Схизис** (интрапсихическая атаксия) - неравномерность, мозаичность нарушений психических функций. Одни психические функции могут быть нарушены, а другие – сохранены. Например, возможно тяжелое расстройство мышления и речи в виде их разорванности при достаточно сохранной памяти. Конкретными проявлениями расщепления психики являются разорванная речь (страдает логическая сторона речи при сохранении грамматической), переживание раздвоения «я», амбивалентность (сосуществование полярных эмоций) и др.



**2. Аутизм** - ослабление связи с реальностью, чрезмерное погружение в свой внутренний мир. Внешние обстоятельства мало влияют на содержание душевной жизни больного, которое определяется необычными, оторванными от повседневности мыслями, фантазиями, грезами, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. В одних случаях больные полностью отгорожены от окружающего, в других - проявления аутизма ограничиваются чрезмерной склонностью к самоанализу, некоторой отстраненностью от действительности.



## Поведенческие симптомы аутизма:

- **Проблемы социализации.** Ребенок тщательно скрывает свой собственный мир от посторонних глаз, может не проявлять интерес к играм других детей. Отсутствует эмоциональный резонанс на окружающую ситуацию: может быть холоден и безразличен к родным и близким, не замечает, когда приходят или уходят родители. Может не интересоваться играми, где нужно взаимодействовать с детьми. Не любит, когда его берут на руки, обнимают, целуют (хотя встречается очень тесная связь с мамой, тревожность, когда мамы нет рядом, желание целовать, кусать, обнимать маму). Нет реакции на имя.
- **Коммуникативные проблемы.** Ребенок избегает визуального контакта, чтобы что-то получить, берет руку взрослого и ведет к предмету. Не пользуются речью для общения (в одних случаях может быть полный мутизм, в других – аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии при ответах на вопросы, повторение фраз из программ телевидения, рекламы. Например, может писать, пока не уберешь бумагу, слово «птички» или в 3 года не знать буквы русского алфавита, но знать все буквы английского алфавита, но не употреблять их в разговоре). Не употребляет личные местоимения, тембр и модуляция голоса неестественны; может говорить слогами; недостаточность жестов, артикуляции.

- **Причудливое повторяющееся поведения.** Детям свойственны размахивания, похлопывания; увлеченное рассматривание вентилятора; вращение, кружение (пример, один ребенок мог часами ездить в комнате по кругу, даже с закрытыми глазами); повторяющиеся движения рук или других частей тела; выстраивание в линейку кубиков, машинок, солдатиков и др; ловит солнечные лучи, проявляет интерес к неигровым предметам (обогревателю, пружинам на кровати); может не интересоваться игрушкой в целом, но при этом поглощен отдельной деталью, например, вращающимися колесами машинки; самоукачивание; пристрастие к включению и выключению света (дверцы шкафа); щелкает пальцами перед глазами; размазывает экскременты.
- **Моторика.** У детей РАС могут проявляться нарушения моторики. У некоторых возможно проявление необычных навыков в одной области, но абсолютное их отсутствие в другой: проблемы мелкой моторики; отсутствие плавности, толчкообразность движений, отсутствие гибкости; плохая координация; ходьба на цыпочках; дефицит пространственного восприятия; с трудом ездят на трехколесном велосипеде, машинке-каталке; неуклюжесть или исключительное равновесие; пускает слюни.

- **Сенсорные проблемы.** Ребенок очень чувствителен к различным звукам, шуму, текстуре предметов, к новым впечатлениям и новой обстановке. Наблюдается отрицательная эмоциональная реакция на прикосновения, пеленание, купание; любит ходить в определенной одежде либо вообще без одежды; не дает стричься; не может сидеть с пристегнутым ремнем безопасности; преобладает боковое зрение над прямым; с трудом переносит громкую музыку; может казаться глухим, не вздрагивать от громких звуков, при этом в иных случаях слух кажется нормальным; человеческое лицо является сверхсильным раздражителем; зимой может неохотно одевать теплую одежду; рвет на себе одежду; избирателен в еде (например, одну неделю ест только колбасу, другую – вермишель, пьет сок определенной марки в определенной коробке).
- **Игра.** Дети с РАС обнаруживают значительную недостаточность в символической или ролевой игре, игры носят манипулятивный характер, при этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками, колесиками. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, смотрят одни и те же мультики, рисуют одни и те же рисунки, стереотипно бьют по мячу. На детских площадках используют других детей как подставки, удержания себя на весу, контактной игры нет.
- **Самоповреждения** Ребенок бьется головой, кусает себя, не выказывая явных признаков боли, счесывает или расцарапывает кожу, выдергивает пучки волос.
- **Отсутствие страха высоты,** отсутствует осознание опасности.

3. **Эмоциональные изменения**, заключающиеся в апатической окраске настроения или в глубокой апатии. Часто эти изменения называют **эмоциональным притуплением или тупостью**, учитывая холодность, черствость больных по отношению к близким. Из других стойких аффективных изменений для шизофрении характерны эмоциональная неадекватность.



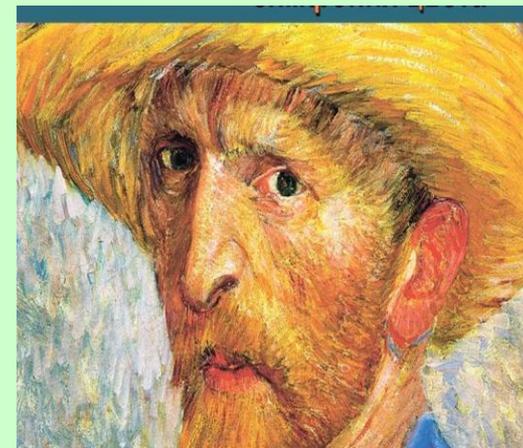
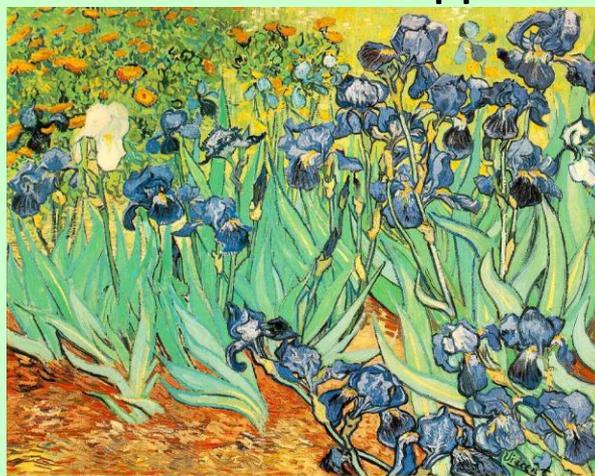
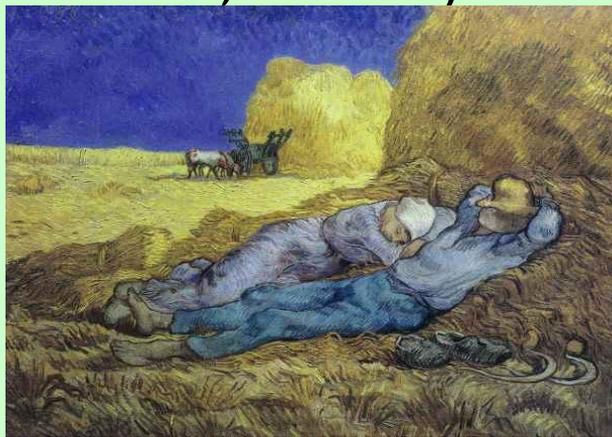
#### **4. Слабость побуждений и снижение активности.**

Больные живут и действуют как бы механически, без чувства внутренней активности. В соответствии со сложившимся стереотипом они выполняют все свои обязанности, не пытаясь что-либо изменить к лучшему. С другой стороны, при общей слабости побуждений у части больных долго сохраняется профессиональная активность.

**5. Патология влечений** выражается в их угнетении, усилении или извращении. Больным иногда свойственна прожорливость, поедание несъедобных предметов, сексуальные отклонения, нанесение телесных самоповреждений, попытки самоубийства, выполняемые необычными, мучительными способами, жестокое обращение с людьми и другие садомазохистские тенденции.



**6. Расстройства мышления** проявляются разорванностью речи и мышления, соскальзыванием, ответами не в плоскости вопроса. Некоторым больным свойственен высокий уровень абстрактного мышления, нестандартность мыслительных процессов, что позволяет им добиваться выдающихся результатов в различных областях профессиональной деятельности. Весомая доля непреходящих человеческих ценностей создана больными шизофренией (Ньютон, Ницше, Гоголь, Ван Гог).



**7. Формальные способности памяти** у большинства больных не страдают. Нередко возникающее впечатление недостаточности памяти обусловлено слабостью побуждений и эмоционального компонента памяти.

**10. Мимика** болезненно изменена. Особенно характерны гипомимия, парамимия (вычурная, манерная мимика, гримасы). Возможна амимия. Психомоторике таких больных свойственна угловатость, неуклюжесть, неловкость, необычность движений.



**11. Коммуникативные функции** у большинства больных шизофренией нарушены. Чаще встречаются замкнутость, избирательная общительность, формальный контакт. Иногда встречается психическая обнаженность (утрированная, неуместная откровенность порой с мало знакомыми людьми).

**12. Поведению** больных шизофренией часто свойственны различного рода странности, чудаковатость. Странности могут касаться бытовых привычек, манеры одеваться, увлечений и интересов, профессиональной деятельности.

Больные бывают неряшливыми и одновременно претенциозными в одежде. Разрабатывают сложные и необычные системы мероприятий для поддержания здоровья и продления жизни. Например, постоянно задерживают дыхание, т.к. якобы на человеческую жизнь отведено определенное количество дыхательных движений. В любое время года ходят босые и голые. Другие занимаются бессмысленным коллекционированием, лишая себя средств к существованию.



## Продуктивная симптоматика шизофрении включает:

**1. Непсихотические продуктивные расстройства:** шизофренические депрессия и мания, которые имеют ряд особенностей. У больных развиваются атипичные мании: гневливая, дурашливая, неистовая. Для шизофренических депрессий характерны эндогенные расстройства (тоска, суточные колебания аффекта, сезонность возникновения), бредовая симптоматика (бред преследования и воздействия).



**2. Психотические продуктивные расстройства** проявляются бредом и галлюцинациями. Шизофренический бред отличается неправдоподобностью, абсурдностью содержания и часто явным несоответствием бредовой тематики поведению. Возможны любые варианты бреда: бред реформаторский, психического воздействия, космический, чужих родителей и др.

Из обманов восприятия для шизофрении типичны псевдогаллюцинации, особенно вербальные комментирующего или антагонистического содержания. Зрительные, обонятельные, тактильные, висцеральные бывают значительно реже.



# Диагностика шизофрении в детском возрасте

- 1.** Наблюдается взгляд сквозь или наоборот «горящий взгляд». Ребенок как бы не тут, он смотрит и не видит. Часто ребенок подходит слишком близко и смотрит в глаза.
- 2.** Движения негармоничные, неуклюжие, не хватает плавности и четкости, «нет связи с землей». Может ходить около стенок, прикасаться к ним ладонями.
- 3.** Ребенок поглощен своими идеями, «пристает» с рассказами о том, что его интересует к сверстникам, родителям. Может рассказывать по несколько минут, часов.
- 4.** Часто считает себя чем-то, кем-то иным (животным, человеком другого пола), обращается к себе в третьем лице.
- 5.** Наблюдаются стереотипные движения или системы стереотипных движений (махание кистями рук, движения вбок головой, подпрыгивания).
- 6.** Лицо амимично, нет проявлений соответствующих эмоций в определенных ситуациях, «оскал». Речь также маломодулирована, монотонна.

**7.** Регуляция собственной деятельности сформирована достаточно, но когда ребенок увлечен сверхценными интересами, может проявиться трудность переключения на другую деятельность, тему.

**8.** Адекватность поведения достаточная, иногда может снижаться в сфере общения со сверстниками.

**9.** Обучаемость высокая, но в случае прогресса заболевания идет снижение обучаемости. Показатель интеллекта средний или выше среднего.

**10.** Темп деятельности неравномерный, может выполнять задания быстро, а может застревать, выполняет очень тщательно, невозможность переключения внимания.

**11.** Наблюдается выраженная специфика мыслительной деятельности (разноплановость мышления, соскальзывания), наличие сверхценных образований (часто увлечены темой космоса, энергией, темой отношений), мудрствование. В речи используют взрослые слова, вычурные фразы.

**12.** Наблюдается невозможность осуществления совместной игровой деятельности со сверстниками, вовлечение всех видов деятельности и даже игровой в сверхценные образования.

**13.** В графической деятельности на передний план выступает захваченность рисунком, стереотипия, необычность рисунка.

Одна из самых частых форм шизофрении у детей и подростков – вялотекущая, когда на первый план выступают неглубокие негативные расстройства и признаки нарушения психического или физического развития. Отдельные психические функции могут формироваться опережающими темпами. Например, абстрактное мышление, счетные, музыкальные способности. Продуктивная симптоматика выражается в «заумных» интересах, аутических фантазиях, страхах.



Очень часто детская шизофрения приобретает приступообразно-прогредиентное течение. Исходы этой формы варьируют от слабоумия до олигофреноподобного дефекта типа дебильности.



# ***Диагностика расстройства аутистического спектра (РАС)***

1. Для диагностики РАС применяют наблюдение за ребенком в естественных условиях и в ситуации взаимодействия с другими детьми, для оценки коммуникаций, социального взаимодействия, игр и воображения.
2. Для скринингового выявления группы риска по аутизму у детей раннего возраста (с 18 месяцев) применяется вопросник СНАТ. Вопросы предназначены для родителей и персонала, работающего с детьми.

На каждый вопрос нужно дать один из ответов: «да» или «нет».

- Ваш ребенок любит, когда вы качаете его на коленях?
- Ваш ребенок проявляет интерес к другим детям?
- Ваш ребенок любит взбираться на что-нибудь, например на ступеньки?
- Вашему ребенку нравятся игры типа «Прятки», «ку-ку»?
- Может ли Ваш ребенок притворяться , когда говорит по телефону, играть какую-то роль, играя с куклой?
- Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-то , чтобы попросить об этом?
- Показывает ли Ваш ребенок указательным пальцем на что-то, чтобы обозначить свой интерес?
- Может ли Ваш ребенок самостоятельно играть с маленькими игрушками (машинками, кубиками) без того, чтобы засовывать их в рот, вертеть в руках, бросать?
- Приносит ли Ваш ребенок что-то, чтобы Вам показать?

- За время работы с ребенком он устанавливает контакт «глаза – в – глаза»?
- Если привлечь внимание ребенка, а потом показать на что-то через всю комнату и сказать «Смотри! Это (название игрушки)» Он посмотрит через всю комнату на ту игрушку, на которую Вы показали?
- Если привлечь внимание ребенка, потом дать ему игрушечную чашку и чайник и сказать «Ты можешь заварить чашечку чая»? Он изобразит , как заваривают чай, разливают по чашкам, пьют?
- Спросите у ребенка «Где окно? Или «Покажи мне окно». Он укажет указательным пальцем на окно?
- Может ли ребенок сложить башню из кубиков? Если «да», то из скольких.

В модификации МСНАТ первые 9 вопросов взяты из СНАТ без изменения и дополнен наиболее информативными пунктами как:

- Подражает ли Ваш ребенок Вам (при изображении гримасы)?
- Ваш ребенок откликается, когда Вы зовете его по имени?

Процент отрицательных ответов в группе аутистов достигает 60-80%.

**Для диагностики нарушения мышления при шизофрении хорошо зарекомендовали себя следующие методики (с 9 лет):**

- классификация предметов;
- опосредованное запоминание по Леонтьеву;
- сравнение понятий;
- 60 слов;
- исключение предметов.