

# Шизофренія: причини виникнення, особливості прояву та лікування

## О.К. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (НМУ), зав. кафедрою психіатрії та наркології, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України

## К.М. Логановський

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» (ННЦРМ), Інститут клінічної радіології, зав. відділом радіаційної психоневрології, д. мед. н., професор

## С.І. Вишніченко

ПрАТ «ВНЗ «МАУП», доцент кафедри медичної біології та теоретичної медицини Інституту менеджменту та охорони здоров'я, к. мед. н.

## Т.К. Логановська

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» (ННЦРМ), Інститут клінічної радіології, провідний науковий співробітник відділу радіаційної психоневрології, к. мед. н., старший дослідник

## Н.Ю. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (НМУ), доцент кафедри психіатрії та наркології, к. мед. н.

## Юлія Юліна

Журналістка, мовознавиця, аналітикиня, політична експертка, книжкова оглядачка

Керівництво медичної галузі України, психіатрична спільнота, інші спеціалісти та широкі верстви населення надзвичайно прискіпливу увагу приділяють принципам організації та практичної допомоги громадянам із психічними розладами. Наріжним каменем теоретичної та клінічної психіатрії є проблема *шизофренії*, через тяжкість її медичних і соціальних наслідків, складність встановлення її походження, особливостей проявів, раціонального лікування і цілу низку дискусійних питань стосовно дотримання прав людей із цієї та іншими душевними недугами.

Цю статтю присвячено саме цим питанням. Вона побудована у вигляді інтерв'ю зі спеціалістами, яке проводить журналістка **Юлія Юліна**.

### Почнемо з клінічних прикладів.

1. Жінка, назвемо її Інга, стала відрізнятися особливо дивною поведінкою, коли їй виповнилося 45, однак не виключено, що первинний епізод психозу в неї виник у більш молодому віці, але не був помічений оточуючими. Їй здавалося, ніби її колишній чоловік, у якого на той момент вже була нова родина (дружина і маленька дитина), її переслідує. Інга стверджувала, ніби він відмикає замки її квартири, коли їх із донькою немає вдома, і розпорошує біологічну зброю на її одяг. Окрім того, їй здавалося, що колишній чоловік встановив у квартирі жучки, які знайти вона, однак, не може. Інга прийняла рішення втекти з будинку, нікому не сказавши. За допомогою знайомих вони з донькою зняли квартиру в іншому місті. І на якийсь час «переслідування» припинилися. Однак потім Інга почала стверджувати, що колишній чоловік знайшов її і знову переслідує. За її словами, він зняв квартиру по сусідству і ночами через розетку засовує дріт, щоб її вбити. Жінка стверджувала, ніби бачила ці дроти, що тягнуться через розетку до її обличчя.

**Інга не допускала думки, що вона хвора. Однак донька якимось чином переконала її піти до лікаря. Завдяки лікуванню вдалося досягти тривалої ремісії. Але нещодавно зазначені симптоми з'явилися знову. Наразі Інзі 59 років.**

2. Інша жінка, умовно кажучи Тамара, стверджує, що з нею говорить Бог. Починаючи з 2000 року, вона час від часу чує голоси і веде з ними бесіди. При цьому зорові галюцинації відсутні. Тамара також не вважає, що вона хвора. Жінка не агресивна, не представляє загрози для оточуючих, проте вважає себе богообраною, що суттєво негативно відбилося на її сімейній, професійній та інших видах соціальної діяльності.

**У обох жінок установлений діагноз – «шизофренія».**

### Отже, що ж таке шизофренія?

Звернімося до історії питання. Шизофренія (далі – Ш) (від грец. *Σχιζω* «розщеплювати», «розколювати» + *φρην* «розум, мислення, думка»). Раніше її називали деменція прекокс (від лат. *Dementia praecox* – «раннє слабоумство»), або схізофренія. Це ендегенний поліморфний психічний розлад (або група психічних розладів), що характеризується розпадом процесів мислення та емоційної сфери.

Описи шизофренічних симптомів зустрічаються вже в XVII столітті до нашої ери, в «Книзі Сердця», – частині древнього єгипетського папірусу Еберса. Хоча загальна концепція божевілля існувала протягом тисячоліть, історично перше описання шизофренії як самостійної нозологічної одиниці було висунуто Віктором Хрисантовичем Кандинським під назвою «ідеофренія», яка була докладно описана в його праці «Про псевдогалюцинації» (1890). Потім, у 1893 році, шизофренію було виділено як самостійний душевний розлад Емілем Крепелином. Він уперше провів межу, що розділила психотичні розлади на те, що він тоді назвав «деменцією прекокс» (з лат. – «раннім недоумством»), синдром, описаний у 1852 році Бенедиктом Морелем у книзі «Клінічні дослідження» під аналогічною французькою назвою (*demensprecoce*), і «маніакальну депресію». Ця дихотомія залишається важливою концепцією і в сучасній психіатричній науці.

У 1908 році швейцарський психіатр Ейген Блейлер описав Ш як самостійне захворювання, яке відрізняється від деменції, і ввів цей термін у психіатрію. Її головна особливість – не слабоумство, а «порушення єдності» різних

## Основні факти про шизофренію

- Шизофренія є важким психічним розладом, на який у всьому світі страждають більше 21 мільйона чоловік.
- Для шизофренії характерні порушення мислення, сприйняття, емоцій, мови, самосприйняття і поведінки. Поширеними проявами є слухання голосів і маячні стани.
- У всьому світі шизофренія асоціюється зі значним порушенням працездатності і може позначатися на навчанні та професійній діяльності.
- У осіб з шизофренією ймовірність рано померти в 2–3 рази вище, ніж у населення в цілому. Це часто пов'язано з фізичними захворюваннями, наприклад серцево-судинними, обміну речовин і інфекційними хворобами.
- Широко поширені стигматизація, дискримінація та порушення прав людини відносно осіб з шизофренією.
- Шизофренія піддається лікуванню. Лікування із застосуванням препаратів і психосоціальної підтримки дає ефект.
- Ефективними стратегіями управління є забезпечення для людей з шизофренією проживання з доглядом і надання їм підтримки у забезпеченні житлом та працевлаштуванні.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>  
9.04.2018

психічних процесів. Стару назву було відкинуто також через те, що ця хвороба не обов'язково призводить до деградації особистості, а деградація в той же час не є слабощемством або деменцією. Блейлер виділяв як діагностичні критерії «чотири А»: зниження Афекту, Аутизм, порушення Асоціацій і Амбівалентність. Він вважав амбівалентність основною ознакою Ш.

## Що розуміють під шизофренією в наш час?

Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (далі – НМУ імені Богомольця) **Напреєнко Олександр Костянтинович** дає таке визначення цього психічного розладу: «Шизофренія – це ендогенне прогредієнтне (процесуальне) психічне захворювання, яке зазвичай дебютує у молодому віці (переважно 16–30 років) і характеризується як основними (негативними, непродуктивними, дефіцитарними) розладами – апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими (позитивними, продуктивними) симптомами – маяченням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також афективними розладами.

Хоча типовий вік дебюту Ш – молодий, набагато рідше, але існують ранні дитячі форми і початок у зрілому віці, зазначає професор.

Що стосується причин виникнення цього захворювання, то специфічного етіологічного фактору Ш остаточно не виявлено, підкреслює Напреєнко.

«Існує досить багато концепцій походження захворювання. За даними ВООЗ, доцільно розглядати причини й механізми розвитку Ш, використовуючи мультифакторний підхід, – як результат взаємодії певної групи генів і факторів навколишнього середовища. Концепція генетичного походження Ш заснована, зокрема, на наступному факті: конкордантність (наявність певної ознаки) однойцевих близнюків, які мають ідентичний генотип щодо Ш, дуже висока – досягає 90%, що свідчить про вагоме значення спадковості у формуванні недуги», – розповідає професор.

«Серед актуальних теорій слід зазначити еволюційну, екологічну, нейроморфологічну, нейрогенну, психологічну (у тому числі психоаналітичну), інформаційну та низку інших», – зазначає Напреєнко.

З ним погоджується кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної біології та теоретичної медицини Інституту менедж-

менту та охорони здоров'я МАУП **Вишніченко Сергій Іванович**, який, разом з тим, виділяє також психосоціальні й соціокультуральні чинники розвитку шизофренії.

Свою чергою, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу радіаційної психоневрології інституту клінічної радіології Національного наукового центру радіаційної медицини (далі – ННЦРМ) **Костянтин Миколайович Логановський** вважає, що шизофренія є наслідком поєднання генетичної схильності і середовищного стресу.

«Мені як професіоналові в галузі екологічної психіатрії, близька діатез-стресова модель розвитку Ш, яка передбачає, що виникнення Ш процесу є наслідком поєднання генетичної (конституційної) схильності і впливу середовищного стресу (що включає різні тригери ініціації процесу, зокрема біологічні – токсини, іонізуючі випромінювання та інші екологічні чинники, інфекції)», – каже **професор Логановський**. До речі, щоб уявляти планетарний масштаб проблеми – Ш діагностується близько у 0,3–0,7% людей у певний момент їх життя, що складає більше 20 мільйонів людей у всьому світі.

В Настанові 00722. Шизофренія, створеній на засадах доказової медицини DUODECIM Medical Publication, Ltd, прийнятій до використання і оновленій 25.08.2017 р. МОЗ України у 2017 р. (далі – Настанова) також вказано:

Діатез-стресова модель може бути використана для пояснення розвитку шизофренії. Згідно з цією моделлю, генетика та/або ранній розвиток сприяють схильності до захворювання, а стресовий фактор ініціює захворювання.

Найбільш важливим фактором, який підвищує схильність до розвитку даного захворювання є генетичний, але, як показує клінічна психіатрична практика, лише у незначній кількості пацієнтів є близькі родичі із таким самим станом. Порушення розвитку плоду, ускладнення при пологах і травми в дитинстві також можуть підвищувати ризик шизофренії.

Потреби у подальшому розвитку, пов'язані з дорослішанням, переходом від одного освітнього рівня до наступного, формуванням відносин або робота можуть бути стресовими факторами, що ініціюють дане захворювання, або ж хвороба може бути спровокована токсичним фактором, наприклад, зловживанням наркотичними чи іншими психоактивними речовинами.

### Список скорочень термінів

**Ш** – Шизофренія

**Настанова** – Настанова 00722. Шизофренія, створена на засадах доказової медицини DUODECIM Medical Publication, Ltd, прийнята до використання і оновлена Міністерством охорони здоров'я України 25.08.2017 р.

**МПШ** – Млявоперебігаюча шизофренія

**РШС** – Розлади шизофренічного спектру

**Закон** – Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.)

## Наскільки перші симптоми шизофренії помітні для оточуючих?

**Професор Олександр Напрєєнко**, а також доцент кафедри психіатрії та наркології НМУ **Напрєєнко Наталія Юріївна** відзначають, що початкові прояви Ш дуже різноманітні за своїми клінічними ознаками, що зумовлює помітні діагностичні труднощі навіть для лікаря-психіатра.

У зазначеній вище Настанові виділено продромальний період даної хвороби:

Ця стадія передує психозу і впродовж неї виникають загальні симптоми, такі як тривога, депресія, незначні психотичні симптоми, а саме відчуття зміни власної особистості або/та навколишнього середовища, відчуття переслідування або стеження, короткотривалі ілюзії чи галюцинації.

Відмова від соціальних контактів і зниження трудової та функціональної продуктивності можуть бути першими ознаками виникнення шизофренії, особливо у людей із наявністю випадків цієї недуги у старших членів сім'ї.

У продромальному періоді для початкової терапії рекомендується когнітивно-поведінкова психотерапія, а у випадку важких і прогресуючих продромальних симптомів - комбінація антипсихотичних препаратів другого покоління і психотерапії. Антипсихотичні препарати для початкової терапії рекомендовані, якщо продромальна симптоматика пов'язана з самодеструктивною поведінкою або якщо когнітивна інкогеренція («психічна незв'язність») унеможливиле психотерапевтичні втручання. Раннє лікування може відтермінувати початок психозу.

У випадку підозри на наявність продромальної стадії пацієнта слід скерувати у спеціалізований заклад для обстеження.

Виділяють клінічні дебюти з поступовим розвитком хвороби і з гострим її початком, які, своєю чергою, поділяють на різні типи. Наприклад, до «поступових» належить тип характерологічних змін із антисоціальними тенденціями, коли виникають емоційні розлади і змінюється характер особистості. При цьому стосунки з батьками та близькими, раніше хороші, необґрунтовано набувають ворожого характеру, молоді люди стають грубими та дратівливими, іноді зникають з дому у невідомому напрямку. При психастенічному типі дебюту у віці 20–25 років спостерігають появу нав'язливих ідей і нав'язливих страхів (фобій), останні мають



невизначений зміст, наприклад, страх збожеволіти. Характерні також затримки мислення (шперунги), хвороблива самозануреність (аутизм) і ослаблення чи повна втрата соціальних зв'язків.

Приклад «гострого» початку Ш – депресивний, який починається з гострої депресії: пацієнт раптово стає емоційно пригніченим, розумово загальмованим, малорухливим, може відмовлятися від їжі, імпульсивно прагне самогубства, при цьому його поведінка непослідовна, спостерігаються парамімії – невідповідність міміки емоціям і актуальній життєвій ситуації.

Психіатри відзначають, що вищенаведене – лише мала частина тих ознак, якими може дебютувати шизофренія. Їх набагато більше. Подібні початкові розлади при шизофренії можуть зустрічатися і при інших психічних розладах або бути тимчасовим станом, особливо в підлітковому віці.

Резюмуючи все вищесказане, будь-які помітні зміни поведінки, емоцій, особливо молодій людині, поступові або гострі, при цьому необґрунтовані (які неможливо в достатній мірі пояснити поточною життєвою ситуацією пацієнта), можуть бути початком шизофренічного процесу. Але можуть і не бути ними, а виявитися іншим захворюванням або тимчасовим душевним станом, що пов'язаний із життєвим розвитком, мікросоціальними проблемами тощо.

При цьому фахівці підкреслюють, що, відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), далі – Закону, встановлення діагнозу будь-якого психічно-

го розладу перебуває виключно в компетенції лікаря-психіатра. Невролог або психолог можуть тільки висловити припущення про психічну недугу і скерувати пацієнта на консультацію до психіатра. Далі профільний фахівець проводить диференціальну діагностику шизофренії (саме так називається процес встановлення відмінностей даного захворювання від інших, що мають низку схожих симптомів).

Клінічна симптоматика шизофренії згідно з Настановою (з низкою непринципових редакційних правок і доповнень авторів статті):

- > симптоми шизофренії поділяються на позитивні та негативні
- > під час фази загострення пацієнти майже завжди мають галюцинації, які найчастіше є слуховими
- > депресія і тривога також часто виникають у зв'язку з даною хворобою
- > у пацієнтів із шизофренією нерідко (до 20% випадків) можуть виникати суїцидальні тенденції, як впродовж фази загострення, так і впродовж ранньої постпсихотичної фази відновлення
- > шизофренія майже завжди супроводжується припиненням соціальних контактів і суттєвим зниженням прагнення до навчання і праці, а також обмеженням функціональних можливостей і погіршенням когнітивних функцій.

Позитивні симптоми шизофренії (галюцинації, маячення та інкогерентність):

- > типовими є слухові галюцинації, а саме голоси, що коментують поведінку пацієнтів

та обговорюють її між собою. Можливі тілесні (соматичні) галюцинації, наприклад, пацієнт може відчувати наявність в мозку якогось пристрою. Можливі також нюхові та смакові галюцинації (неприємні запахи чи відчуття у роті)

> зорові галюцинації є нехарактерними, вони частіше свідчать про органічне ураження головного мозку, а не про ендогенне психічне захворювання

> найбільш поширеними розладами мислення є маячення переслідування, відношення і «стороннього контролю життя хворого з боку конкретних або невідомих сил». Пацієнти можуть відчувати, що за ними стежать чи їх переслідують у газетах чи на радіо, для них з'являються звернення або повідомлення в засобах масової інформації, чи на них впливають, наприклад, телепатичними засобами тощо. Такі пацієнти можуть проявляти агресію (і навіть дуже небезпечно) як стосовно себе, так і оточуючих.

> інкогерентність являє собою припинення потоку думок, аномальні асоціації і конкретизацію мислення.

Негативні симптоми шизофренії:

> емоційні розлади часто проявляються у вигляді афективних сплосчень і обмежень, або емоційна сфера життя пацієнта може бути інкогерентною і проявлятися відсутністю узгодженості.

> також може спостерігатися збіднення мови, втрата мотивації і нездатність відчувати задоволення.

Когнітивні симптоми шизофренії:

> когнітивний дефіцит, може виникати відносно уваги, виконавчої функції, пам'яті, сприйняття і переробки інформації, а також відносно когнітивних здібностей загалом.

Діагностика (згідно з Настановою):

> діагноз встановлює лікар-психіатр із залученням мультидисциплінарної команди. Діагностичний процес складається з клінічної бесіди, обговорення з сім'єю, фізикального і нейропсихологічного обстеження

> крім того, початкова оцінка включає оцінку соціального та професійного функціонування, у тому числі стосовно батьків і дітей пацієнтів

> діагноз встановлюють за наявності симптомів, характерних для шизофренії, які проявляються впродовж, принаймні, одного місяця та супроводжуються зниженням функціональних можливостей людини

> суб'єктивні, фізикальні та лабораторні дослідження проводяться для виявлення чи виключення неврологічних, соматичних, наркологічних та інших захворювань, які можуть бути наявними поряд з психопатологічними симптомами.

Розлади, з якими слід проводити диференційну діагностику для підтвердження шизофренії: екзогенно-органічні (наприклад, викликані зловживанням психоактивними речовинами), афективні психози, невротичні розлади, розлади особистості тощо, акцентує **професор Напрєнко**.

**Далі заглибимося в те, як діагностують шизофренію.**

За словами **Сергія Вишніченка**, найефективніший спосіб – це «клініка», тобто спостереження за виникненням і динамікою хворобливого процесу.

«Таких специфічних ознак (на приладах – ред.) немає. Є ознаки, які свідчать про те, що, наприклад, у певних відділах мозку відбуваються зміни в його структурах. Наприклад, роблять томографію і бачать, там якісь структурні зміни. Вражені, як правило, фронтальна доля, лімбічна система й базальні ганглії. Припустимо, методом комп'ютерної томографії виявлено розширення передніх і бічних рогів шлуночкової системи. І при цьому, природно, переважає негативна симптоматика. Це у випадках, за яких функція якась була – і вона порушена», – каже психіатр. У той самий час він підкреслює, що те ж саме можна спостерігати не тільки при Ш, а й наприклад, при черепно-мозкових травмах.

З ним згоден і **професор Напрєнко**, який також каже, що Ш, як і інші психічні та поведінкові розлади, діагностують передусім на підставі виявлених клінічних проявів із врахуванням критеріїв, що наведені у відповідних чинних міжнародних класифікаціях.

«У Європі переважно використовується Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), на даному етапі – 10-го перегляду (МКХ-11 готується до повсюдного впровадження з 2022 року). МКХ – нормативний документ ВООЗ. У Північній Америці надають перевагу Діагностичному й статистичному посібнику щодо психічних розладів 5-го видання (DSM-5). Використання міжнародних класифікацій забезпечує єдність методологічних підходів і порівнянність відповідних даних у різних країнах, тобто забезпечує психіатрам «розмову однією мовою». Для встановлення діагнозу Ш у конкретного пацієнта повинні встановлюватися клінічної форми Ш – (параноїдної, кататонічної, гебефренічної).

Згідно з DSM-5 (американська класифікація хвороб), діагноз Ш ставиться при відповідності таким діагностичним критеріям:

> характерні симптоми (маячні ідеї і/або галюцинації, а також дезорганізована мова і/або поведінка)

> соціальна, у тому числі професійна дисфункція: протягом тривалого часу з початку





розладу рівень досягнень у сфері роботи, міжособистісних стосунків або самообслуговування набагато нижчий, ніж до початку розладу, а якщо розлад почався в дитинстві або в підлітковому віці - нездатність досягти достатнього рівня у відносинах в мікрооточенні, або в роботі чи навчанні

> тривалість: симптоми тривають принаймні півроку; з цих півроку принаймні протягом одного місяця симптоми відповідають критеріям А (активна фаза), а в решту часу (продромальна та залишкова фази) є негативні симптоми або ж принаймні два із симптомів критерію А зберігаються в стертій, ослабленій формі (наприклад, дивні переконання, незвичайний почуттєвий досвід)

> виключаються шизоафективний розлад, або біполярний афективний розлад з психотичними ознаками, чи наявність випадків, за яких інших депресивних, маніакальних або змішаних епізодів немає протягом активної фази психозу або їх тривалість була мала в порівнянні із загальною тривалістю активної і залишкової фази

> причина не є в прийомі наркотиків або інших психоактивних речовин і не в якійсь соматичній хворобі

> якщо хворий страждає на розлад аутистичного спектру або на комунікативний роз-

лад дитячого віку, для діагностики шизофренії необхідно, щоби виразні маячення або галюцинації продовжувалися принаймні місяць (або були скорочені успішним лікуванням).

У попередній версії DSM-4, в разі, якщо маячні ідеї є фантастичними, або галюцинації являли собою один голос, що коментує поточні дії пацієнта або учасників бесіди двоє і більше (так звані шнайдерівські «слухові галюцинації першого рангу»), було достатньо наявності лише одного цього симптому з усього перерахованого вище. У DSM-5 цей критерій було скасовано. Також було додано вимогу, щоби принаймні один із категорії симптомів «А» обов'язково був маячними ідеями, галюцинаціями або дезорганізованою мовою.

Що стосується апаратної діагностики, **професор Логановський** підкреслює: «При величезних успіхах розвитку нейровізуалізаційних та інших апаратних методів діагностики на початок 21 століття не існує жодного приладу або тесту, який би гарантовано показував: у цієї людини – шизофренія. Так, існують певні патерни (зразки), які часто спостерігають при Ш (наприклад, як уже було зазначено, розширення і асиметрія передніх і бічних рогів шлуночкової системи мозку на комп'ютерних томограмах), але вони неспецифічні і можуть мати місце у людей з іншими розладами і навіть у практично здорових».

Своєю чергою, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу радіаційної психоневрології ННЦРМ **Тетяна Костянтинівна Логановська** зазначає, що існує також діагностика «виключення»,

за якої шизофреноподібна симптоматика може спостерігатися при інших недугах – наприклад, при пухлинах головного мозку певної локалізації.

Тетяна Костянтинівна наводить приклад: «Кілька років тому до нас звернулися родичі молодої жінки (трохи за 30). На момент звернення розлад тривав близько 2 місяців і за клінічною картиною дуже нагадував просту форму Ш. Раніше активна в усіх сферах життя дівчина, загальна улюблениця, дуже товариська, стала до всього байдужою, малорухливою, ні в чому не виявляла жодної ініціативи, при цьому не висувала жодних скарг і не висловлювала занепокоєння з приводу свого стану. На консультацію її привезли в інвалідному візку, при цьому самостійно рухатися вона могла, як з'ясувалося при неврологічному огляді. Особливістю нашого відділу радіаційної психоневрології є те, що психіатри та неврологи працюють разом, тому огляд пацієнтки був спільним. Підсумком консиліуму стала наполеглива рекомендація провести пацієнтці «просунуту» МРТ (магнітно-резонансну томографію) головного мозку. Висновок МРТ був вражаючим: величезна пухлина, яка займає практично весь лобний відділ головного мозку, на жаль, злоякісна».

«Схожа на шизофренічну (шизофреноподібна) симптоматика пояснювалася тим, що саме в лобових відділах розташовано центри волі й мотивації. Попередні консультації пацієнтки (їх було декілька, в інших установах) констатували дебют шизофренії з рекомендаціями відповідного лікування, яке в даній ситуації було абсолютно марним», – додає **Тетяна Логановська**.



## Тепер розберемося в тому, що таке млявоперебігаюча шизофренія (далі – МПШ).

Психіатр **Сергій Вишніченко** зазначає, що в МКХ-9 існував такий діагноз, в МКХ-10 його вже немає.

«МПШ – це є сумнозвісний діагноз, який, у першу чергу, асоціюється зі зловживанням у його встановленні політичним дисидентам та «інакомислячим» у колишньому СРСР, із подальшим примусовим лікуванням і обмеженням прав», – продовжує його думку професор **Логановський**.

«Однак, МПШ (вона так само – латентна, малопрогредієнтна, м'яка, рудиментарна, мікропроцесуальна...Ш) не є «винаходом» радянської психіатрії в особі Снежневського і Смулевича, але ними була використана. А вперше ця форма психічного стану була описана (як «латентна Ш») одним зі «стовпів» психіатрії, який, до речі, і ввів вжиток психіатрії сам термін «шизофренія», – Е. Блейлером у 1911 році», – уточнює він.

За словами Костянтина Миколайовича, сам термін «латентна Ш», за його автором, означав різновид даної недуги, за якого хвороба прогресує слабо («мляво»), характерна для шизофренічних психозів продуктивна симптоматика відсутня, є особистісні зміни (як правило, у вигляді ексцентричності, дивакуватості, особливої (в неадекватній формі) релігійності, «соціальної відгородженості») і клінічні прояви у вигляді неврозподібних, психопатоподібних, афективних, надцінних, іпохондричних симптомів.

Професор **Костянтин Логановський** зазначає, що, хоча в сучасних міжнародних класифікаціях цей діагноз відсутній, є певною мірою «споріднені» по суті діагнози – Шизотиповий розлад і, меншою мірою, – Шизоїдний розлад особистості (згідно з МКХ-10).

«Ці захворювання, поряд із власне Ш, а також Шизоафективним розладом, Маячним розладом і деякими іншими утворюють групу розладів шизофренічного спектру (РШС)», – підкреслив фахівець.

Провідний науковий співробітник **Тетяна Логановська**, коментуючи висловлювання своїх колег, каже: «МПШ наразі – діагноз радше історичний, але має певні діагностичні еквіваленти з рисами так званої м'якої Ш. На житейському рівні вона може бути притаманна особистостям-фрі-

кам – екстравагантним, дивакуватим, із нереалістичними ідеями реформаторства, винахідництва («знаю, як урятувати планету...»), з «неординарним» баченням різних сфер життя, які живуть у «своєму особливому світі». Не так вже рідко цілком здорові люди як в приватному (сімейному та ін.) житті і у професійній діяльності усвідомлено експлуатують подібний «модний» образ, залишаючись «поза сценою» цілком прагматичними і тверезо мислячими людьми».

При цьому варто особливо підкреслити, що, відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» (далі – Закон), стаття 7, *«діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з наявними в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, які пов'язані зі станом її психічного здоров'я».*

Бувають випадки, за яких хворі на Ш – агресивні і становлять загрозу для суспільства. У зв'язку з цим фахівці розповіли про те, як домогтися примусової госпіталізації і подальшого лікування такої людини в клініці для душевнохворих.

Так, доктор **Сергій Вишніченко** зазначає, що теоретично це можливо, однак практично – досить проблематично.

«Є Закон, згідно з яким людину можна госпіталізувати тільки в тому випадку, якщо вона сама дає на це згоду. Хворий під час психозу, як правило, до свого психічного стану не критичний і не дає згоди. Хоча бувають випадки, коли людина дає згоду, вона розуміє, що з нею щось не так. Показ для такої допомоги – це випадки поведінки пацієнта, яка становить загрозу для оточуючих або для нього самого. Коли хворий агресивний, у нього в руках, наприклад, сокира, він кидається на людей, погрожує вбивством когось або хоче вчинити суїцид. Тоді його можна примусово госпіталізувати. Але потрібно, щоби потім суд дав дозвіл на таке лікування», – каже психіатр.

«Будь-які примусові заходи щодо «людини з Ш» (а також такої, що страждає на будь-яку іншу душевну недугу), що здійснюються без її згоди (або згоди його законного представника), починаючи з психіатричного огляду, регламентуються Законом і допустимі тільки у випадках, коли отримана інформація (від родичів, медичних працівників, поліцейських, сусідів, співробітників) дозволяє обґрунтовано припусти-

ти наявність у даної особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого особа вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або не може самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність», – уточнює, своєю чергою, професор **Напрєєнко**.

За його словами, в кожній конкретній ситуації (в залежності від ступеня, реальності і несподіванки загрози, яка надходить від людини з агресивною поведінкою) існує своя тактика.

«У будь-якому випадку передбачено контакт у вигляді написання заяви «зацікавленими громадянами» (родичами пацієнта, сусідами, іншими людьми, які можуть постраждати від цих агресивних намірів) із психіатром за місцем проживання, який бажано здійснити якомога раніше (особливо якщо діагноз уже було встановлено і є заострення таких симптомів хвороби), не чекаючи критичного розвитку ситуації», – зазначає професор **Напрєєнко**.

У разі, якщо ваш сусід або будь-яка інша людина поводить себе агресивно і ви знаєте, що це не перший такий випадок і в неї вже спостерігалася девіантна поведінка, **Сергій Вишніченко** радить викликати поліцію і швидку, а саме психіатричну бригаду.

«У кожному великому місті завжди була спеціалізована психіатрична бригада швидкої допомоги, одна-дві на 700–800 тисяч населення. В інших місцях не знаю як. Ця бригада є фельдшерська і лікарська. Залежно від повноважень ... Коли є направлення на госпіталізацію від психіатра, фельдшерська бригада просто забирає і доставляє за місцем направлення», – каже він.

Професор **Костянтин Логановський** згоден зі своїм колегою, проте уточнює, що незайвим буде заздалегідь зв'язатися (навіть якщо безпосередньої загрози поки немає) зі службами екстреного реагування – поліцією, швидкою допомогою, МНС.

«Це суто практичні поради, оскільки Закон в його сучасній редакції дуже жорстко регламентує обов'язки психіатричної служби, правоохоронних органів щодо термінів і порядку медичних і юридичних дій, що стосуються осіб із психічними розладами, щодо яких застосовуються примусові заходи, щоби захистити їх права, як це прийнято в цивілізованих країнах. А що потрібно конкретно зро-

бити, якщо Ви або Ваші близькі – потенційна жертва агресивної душевнохворої людини, чітко не визначено», – зазначає професор.

Свою чергою, **Тетяна Логановська** також підкреслює цей аспект, – людям, які змушені так чи інакше контактувати з неадекватними особами, варто заздалегідь звернутися в поліцію, не чекаючи критичного моменту.

«Забезпечення захисту прав психічно хворих, втілене в сучасній версії Закону – це реальне досягнення українського суспільства. Однак пересічним громадянам варто знати, як можна захистити себе в подібних випадках. Багато хто традиційно «відтягує до останнього» через страх розголоту («що люди скажуть»), внаслідок побоювань спілкування з поліцією, іноді чекаючи реалізації трагічних подій. Це абсолютно хибна тактика. Активна й конструктивна позиція при вирішенні подібних питань цілком виправдана. До речі, ми маємо дуже хороший побутовий досвід контактів із поліцією в таких випадках. На противагу тому, що про неї часто розповідають. Нам жодного разу не відмовили, допомагали, були доброзичливими і коректними. І, зауважимо, така допомога є обов'язком поліції, відповідно до Закону:

*«Поліцейські зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам або батькам (одному з батьків), чоловіку (дружині), незалежно від віку особи, яка потребує психіатричної допомоги, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду, госпіталізації. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності – проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку» (Закон України «Про психіатричну допомогу», стаття 8).*

## Наступне питання, яке було би доречно розглянути, – як людині з шизофренією жити повноцінно, працювати і дбати про сім'ю?

За словами **Сергія Вишніченка**, на сьогодні все не так сумно, як здається. Шизофренія – не вирок. Є низка препаратів, ефективних для лікування цієї хвороби. Якщо лікареві вдається підібрати пацієнтові ефективні ліки, можливо досягти тривалої ремісії, і якість життя такої людини буде досить високою.

Повсякденне життя пацієнта із Ш чимось схоже на життя хворих на цукровий діабет або інші хронічні захворювання. Людина приймає медикаменти, і при цьому зберігається працездатність, нормальна діяльність.

«Коли людина поводить себе адекватно, про його хворобу ніхто навіть не здогадується», – акцентує лікар.

При цьому він зазначає, що, крім медикаментозного лікування, має бути психотерапевтичний супровід.

«Я спостерігаю деяких хворих протягом багатьох років. Один мій пацієнт уже років 15 чи 20 отримує протирецидивну (підтримуючу) медикаментозну терапію, у нього стійка ремісія, він не потрапляє до стаціонару. Якість його життя достатньо висока», – каже **Вишніченко**.

Психіатр згадує, що одна його пацієнтка була заміжня і виховувала маленьку дитину, коли в неї діагностували Ш. Однак завдяки своєчасному і якісному лікуванню жінка продовжує жити повноцінним життям, у неї міцна і щаслива сім'я, вже дорослий син і все ще люблячий чоловік.

«Найбільша проблема – коли людина починає приймати медикаменти і потім різко кидає, не пройшовши повноцінний курс лікування. Це є однією з причин повернення або ускладнення перебігу захворювання», – підкреслює **Вишніченко**.

За статистикою, майже третина хворих на Ш загалом веде нормальний, соціально компенсований спосіб життя, практично не помічаючи проявів захворювання, зазначає

**професор Напрєєнко**. Ще третина таких пацієнтів протягом життя має психопатологічні прояви, але при цьому зберігає здатність до досить нормального існування в суспільстві. І лише третина тих, хто страждає на недугу, через виражені психічні розлади потребує частоті госпіталізації, при цьому майже 10% таких пацієнтів перебувають у лікувальних установах психіатричного профілю тривалий час, каже професор.

«Лікування Ш традиційно передбачає проведення основного, підтримувального курсів і реабілітації. Використовуються методи біологічної терапії (психофармакологічні, електросудомна терапія – ЕСТ), психотерапія, загальнозміцнююче лікування і заходи щодо соціальної адаптації (реабілітації) пацієнтів. Велике значення для сприятливого прогнозу має дотримання пацієнтом рекомендованого лікування і заходів із реабілітації, підтримка сім'ї, адекватна інформаційна політика, психоосвіта», – доповнив **Напрєєнко**.

Як уже було зазначено, психіатричне обстеження та лікувально-реабілітаційні заходи у разі планового психіатричного втручання, згідно з чинним законодавством, здійснюються тільки за інформованої згоди пацієнта чи його законного представника. А це передбачає ознайомлення цих осіб у доступній для них формі із затвердженим постановою Кабінету Міністрів стандартом даної допомоги. Відповідно до Настанови щодо лікування та реабілітації:

- > основою цих заходів є довготривалі терапевтичні відносини, побудовані на взаєморозумінні та довірі (комплаєнс)
- > терапія Ш має бути персоналізованою (пацієнт-орієнтованою), тобто враховувати індивідуальні потреби пацієнтів; лікування слід обговорювати з хворим, за винятком випадків, коли захворювання призводить до неможливості обговорення
- > воно має ґрунтуватися на письмовому плані, який переглядається через фіксовані проміжки часу



- метою лікування та реабілітації є усунення або полегшення симптомів, запобігання рецидивування епізодів психозу або зменшення їхньої частоти й тяжкості, а також покращення психосоціального функціонування, працездатності та якості життя
- терапію спочатку краще проводити на амбулаторному рівні, наскільки це можливо, в цей процес слід залучати сім'ю пацієнтів й найближче соціальне оточення.
- лікування антипсихотичними препаратами помітно зменшує симптоми гострого психозу, появу нових епізодів психозу та смертність
- поєднання психосоціальної терапії з медикаментозною терапією ще більше полегшує симптоми, покращує психосоціальне функціонування пацієнтів і запобігає розвитку нових епізодів психозу і госпіталізації.

### Лікування гострих станів

- Усіх пацієнтів із шизофренічними психозами в гострій фазі слід госпіталізувати. Направлення на госпіталізацію показане таким пацієнтам, за необхідності, без згоди пацієнта (згідно чинного законодавства): якщо хворий проявляє саморуйнівну або насильницьку поведінку, якщо його поведінка явно контролюється галюцинаціями, маяченням або якщо місцеві ресурси при амбулаторному лікуванні недостатні для забезпечення обстеження і ефективного лікування таких пацієнтів.
- У випадку гострого психозу з ажитацією хворий може отримувати, наприклад, 2 мг рисперидону або 5–10 мг оланзапіну перорально або 5–10 мг галоперидолу внутрішньом'язово. До схеми лікування можна додати бензодіазепіни (наприклад, 2–4 мг сибазону перорально або внутрішньом'язово).

### Особливості

#### медикаментозного лікування

#### В гострій стадії психозу:

- антипсихотичні препарати є ефективними для зменшення позитивних проявів шизофренії; вони менше впливають на негативні і когнітивні симптоми
- рекомендована добова доза для лікування першого епізоду шизофренічного психозу є, наприклад, 2–4 мг рисперидону або 7,5–15 мг оланзапіну
- рекомендована добова доза для лікування рецидиву епізоду психозу є, наприклад, 4–6 мг рисперидону або 10–30 мг оланзапіну
- вибір лікарських засобів має враховувати попередній досвід медикаментозного лікування пацієнтів, оскільки схильність до побічних ефектів у різних пацієнтів відрізняється
- необхідно встановити найнижчу ефективну дозу шляхом поступового підбору дози; це дозволить уникнути появи побічних ефектів, викликаних лікарськими препаратами і покращити прихильність.

#### Підтримуюче лікування:

- після гострого періоду Ш дози препаратів необхідно знижувати поступово під ретельним спостереженням; після досягнення результативної підтримуючої дози лікування можна продовжувати у таблетованій формі або у формі ін'єкційдепо-препаратів
- дози, що використовуються для довготривалої терапії, як правило, значно нижчі за ті, ніж при гострих станах. У випадку довготривалого лікування Ш добова доза може становити, наприклад, 2–5 мг рисперидону чи 10–20 мг оланзапіну.
- клозапін є більш потужним, ніж інші антипсихотичні препарати; він також знижує смертність серед таких хворих більш ефективно, ніж інші антипсихотичні препарати; клозапін є препаратом вибору при лікуванні Ш, рефрактерної до інших лікарських препаратів
- ефективними можуть бути ін'єкції депо-препаратів, особливо при недостатньому бажанні пацієнта через неусвідомлення ним власного хворобливого стану
- якщо використовують ін'єкції депо-препаратів, рекомендується, щоби разові дози були меншими, ніж зазвичай
- велика кількість пацієнтів з Ш потребують постійної медикаментозної терапії; профі-





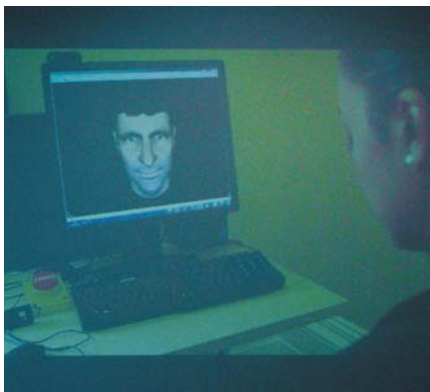
лактичне протирецидивне лікування антипсихотичними препаратами повинно тривати принаймні 2–5 років, навіть після досягнення цілком позитивних його результатів

- > відміна ліків має бути поступовою, необхідним є ретельний моніторинг для виявлення симптомів або поведінкових розладів, що можуть передувати загостренню психозу; у разі виникнення будь-яких таких симптомів, дозу препарату слід збільшити до попереднього ефективного рівня.

### Допоміжні препарати:

- > депресію у пацієнтів із Ш слід лікувати відповідно до загальних принципів терапії депресії; для цього рекомендують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та, наприклад, міртазапін, а не трициклічні антидепресанти
- > для лікування пацієнтів із тривогою можна призначати короткий курс бензодіазепінів
- > у разі довготривалого лікування недоліки застосування бензодіазепінів більші, ніж переваги
- > при шизоафективному розладі до лікування можна додавати препарати, що стабілізують настрій (наприклад, препарати літію або вальпроєвої кислоти).

**Професор Костянтин Логановський**, своєю чергою, розповів про інноваційний ІТ-метод психотерапії Ш під назвою «Аватар». Метод винайшов учений Джуліан Лефф у 2008 році. Суть його в тому, що люди, які чують голоси, ведуть діалог із цифровим втіленням вербальних галюцинацій («аватаром») передбачуваного переслідувача, озвучених терапевтом, так що «аватар» реагує, стаючи менш ворожим і вступаючи владу вербальних галюцинацій у процесі курсу терапії.



## Повернемося до клінічних випадків, описаних на початку цієї статті.

Коментуючи ситуацію Інги, **Тетяна Логановська** зазначає: «З максимальною вірогідністю – типовий випадок параноїдної Ш. У клінічній картині домінують маячні ідеї переслідування і впливу з боку колишнього чоловіка, абсолютно нереалістичні з точки зору здорового глузду. «Голоси» (слухові галюцинації) прямо не описані, але їх наявність можна припустити, так само, як і нюхових / смакових галюцинацій, за непрямыми ознаками – вказівками на «розпорошеність біологічної зброї» і встановлення добре замаскованих «жучків». Для розвитку подібної фабули маячення необхідні відповідні тілесні сенсації пацієнтки (патологічні, що не мають реального джерела – наприклад, нюхові, тактильні, з боку внутрішніх органів і ін.). «Голоси», до речі, можуть «забороняти» пацієнтові про них розповідати».

За її словами, цей випадок чудово ілюструє головну особливість маячних переконань – їх повний відрив від об'єктивної реальності і практичну неможливість стійкої корекції логічними доказами без використання відповідної біологічної терапії.

«Незважаючи на добре «законспіровану» втечу в інше місто від «переслідувача», через певний час хворобливі симптоми повернулися з новими «доказами підступних дій колишнього чоловіка» – зокрема, «дроти, що тягнуться через розетку до її обличчя» з метою вбивства. Також для шизофренічного процесу характерна відсутність критичного ставлення до свого стану – «не допускала й думки, що вона хвора», – каже лікар.

При цьому **Тетяна Логановська** зазначає, що в таких випадках надзвичайно важливою є роль близьких родичів (рідше – просто небайдужих людей), з якими склалися довірливі стосунки. Незважаючи на маячні переконання пацієнтки, дочці вдалося домогтися звернення до лікаря і терапії з хорошим результатом.

«На жаль, можливе повернення симптомів після тривалої і повної ремісії – також характерна риса одного з типів перебігу Ш (епізодичний ремітуючий, за МКХ-10)», – резюмує психіатр.

«Що стосується Тамари, тут не все однозначно, позаяк інформація обмежена, але це, безсумнівно, РШС – розлад шизофренічного спектру (швидше за все – також параноїд-

на Ш). «Голоси», як правило «всередині голови», тобто слухові псевдогалюцинації, характерні для Ш, є. Зорові галюцинації не обов'язкові для встановлення діагнозу Ш. Маячні ідеї «особливої місії», в даному випадку – «богообраності», і відсутність критики до своїх переживань також присутні. Немає даних про особливості преморбідної (що передували хворобі, якщо ми говоримо про таку) особистості жінки, про її контакти з оточуючими, наприклад, про належність до певної релігійної течії. З кимось же Тамара ділиться своїм «особливим досвідом». Невідомо, чи були якісь контакти з психіатричною службою протягом періоду «спілкування з голосами», – каже **Тетяна Логановська**.

Лікар зазначає, що наразі немає підстав для будь-яких примусових заходів, проте рідним важливо стежити за станом жінки.

«Власне, якщо «всіх усе влаштовує», немає агресії, а також зумовлених нездоровою психікою проблем у сім'ї і на роботі, людина підтримує прийнятний для свого фізичного здоров'я спосіб життя, то активне втручання в її життя є протизаконним. Однак Ш процес може розвиватися таким чином, що все це, на жаль, може змінитися у гірший бік. Тож причетним до Тамари людям пильності втрачати не можна, а при хороших довірливих відносинах – все ж переконати жінку поспілкуватися з фахівцем», – підсумувала **Тетяна Логановська**.

### Висновок

*Отже, шизофренія – це психічне захворювання, що є наслідком поєднання генетичної схильності і впливу середовищного стресу. Визначити хворобу можна тільки клінічно і займатися цим повинен виключно лікар-психіатр. На сьогодні існує безліч дієвих і гуманних способів лікування Ш, які включають в себе як медикаментозне лікування, так і психотерапію та соціотерапію. Однак варто пам'ятати, що найефективнішим лікуванням буде в тому випадку, якщо людина не затягує з візитом до лікаря-фахівця. При цьому важливою умовою одужання є щире бажання пацієнта подолати свою недугу та прикласти до цього зусилля.*

*«Круглий стіл» зі спеціалістами-психіатрами, присвячений причинам виникнення, особливостям прояву і лікування шизофренії провела журналістка **Юлія Юліна***



Майстер-клас професора Т. Крейга (Велика Британія) з інноваційної методики психотерапії AVATAR (Innovative Avatar Therapy Simulation – інноваційний/новітній підхід у лікуванні слухових галюцинацій з необмеженими можливостями) у рамках програми 1-го конгресу Європейського товариства соціальної психіатрії (Женевський університет, 3–6 липня 2018 року, Женева, Швейцарія)



Колегіальне обговорення професором Т. Крейгом (Велика Британія) та професором К.М. Loganovskym (Україна) проблем, питань та рішень, порушених упродовж майстер-класу з інноваційної методики психотерапії AVATAR

