

РЕЦЕНЗИЯ

на книгу «Кристофер Фрит, Эва Джонстон. Шизофрения: Краткое введение / Пер. с англ. Ю. В. Крижевской. — М.: Астрель; АСТ, 2005. — 204 с.»

Рецензируемая книга, подготовленная профессором нейропсихологии Лондонского университетского колледжа Кристофером Фрит и профессором клинической психиатрии Университета в Эдинбурге Эвой Джонстон, посвящена клинике, течению, лечению и биологическим основам шизофрении.

Она состоит из перечня иллюстраций, 8 глав, примечания, списка литературы и указателя имен и терминов.

В 1-й главе «Как протекает шизофрения» в историческом аспекте рассматриваются вопросы начала, течения и лечения шизофрении, приводятся многочисленные примеры из практики. Очень поучительными являются первые самоописания психических расстройств преподобным господином Джорджем Троссом (1690) и сыном английского премьер-министра Джоном Персевалом, которые, как нам представляется, страдали шизофренией. На основе приведенных авторами многочисленных клинических случаев доказывается, что шизофрения многообразна и связана со странными, необъяснимыми, пугающими проявлениями и странным поведением, которые трудно объяснить.

Подчеркивается, что ощущения, описанные страдающими этим заболеванием сегодня, очень похожи на те, что были описаны в прошлом. Легко понять, почему сообщения об этой болезни вызывают страх, хотя они должны были бы вызывать сочувствие. Заканчивается глава цитатой из самоописания первого случая психического расстройства: «Я не могу описать ничего более пугающего, чем хорошо обеспеченное, культурное человеческое существо, которое должно жить и наблюдать собственное постепенное разрушение, полностью отдавая себе в этом отчет».

Глава 2 «Концепция шизофрении» посвящена развитию концепции «деменция прекокс», введению термина «шизофрения», разработке стандартных диагностических критериев, изучению основных симптомов шизофрении и шизофренических расстройств личности. Здесь указывается, что шизофрения — одно из основных психических расстройств, при котором пациент теряет связь с реальностью в том смысле, что он верит в то, чего реально не может быть (бред) или слышит голоса, видит видения, когда нет никаких сенсорных стимулов, которые могут это вызывать.

Подчеркивается, что Э. Крепелин все психозы делил на две категории, в основном, на основании исходов. Психозы первой категории, которую он назвал маниакально-депрессивными заболеваниями, имели переменчивое течение с частыми обострениями, но с полным выздоровлением между эпизодами. Вторая категория, для которой он использовал термин Б. О. Мореля «деменция прекокс», охватывала кататонию (по описанию Кальбаума), гебефрению (по описанию Хекера) и параноидальную деменцию (описана самим Крепелиным). Отмечается, что в это

время Е. Блейлер опубликовал книгу «Деменция прекокс, или группа шизофрении», в которой шизофрению рассматривал в иных понятиях, чем нейропатологические, о которых говорил Э. Крепелин. Его термин «шизофрения», который означает «расщепленное сознание», должен быть описывать потерю связи между разными функциями сознания, так что мысли становились бессвязными и координация между эмоциональными, познавательными и волевыми процессами становилась слабее. Он считал, что двусмысленность, или амбивалентность (присутствие конфликтующих между собой эмоций и желаний), аутизм (отсутствие социальных контактов), абулия, или безволие (потеря воли и желаний) и аномальная аффективность (странные или притупленные эмоциональные реакции) были основными особенностями, которые можно было наблюдать в каждом случае, а что галлюцинации, бред, кататония и другие нарушения поведения, подчеркиваемые Э. Крепелиным, были вторичными явлениями, которые могут присутствовать или отсутствовать. Далее указываются симптомы шизофрении первого ряда по К. Шнейдеру, критерии DSM-IV для диагностики шизофрении, особенности стандартизованного анкетирования пациентов для выявления признаков и симптомов шизофрении — Present State Examination (PSE Catego System) и особенности другого исследования — исследование Нортвик Парк первых эпизодов шизофрении (также пользователей системы PSE Catego).

В главе 3 «Работа интеллекта при шизофрении» сделана попытка изучить изменения интеллекта при шизофрении, природу нарушений познаний при шизофрении, роль лобных долей при данной патологии и взаимоотношение гениальности и безумия.

Указывается, что Е. Блейлер описал деменцию при «деменция прекокс» как «разрушение личности», а не как снижение интеллектуальных способностей. Доказывается, что у больных шизофренией нарушены области узнавания — это память, внимание и исполнительная функция, что нельзя приписывать лечению лекарствами или помещению в медицинское учреждение. Также установлено, что более молодые мужчины, у которых потом развилась шизофрения, имели более низкие показатели теста IQ, примерно на 5 пунктов ниже средней нормы, а нарушения становились тем больше, чем ближе было время тестирования к первому эпизоду шизофрении. Люди с диагнозом шизофрении явно хуже выполняли тесты на IQ, чем они это делали до первых проявлений заболевания, и у них было показано снижение качества выполнения теста.

Небезынтересны убедительные данные авторов о том, что когда пациенты с шизофренией галлюцинируют (слышат голоса), то наблюдается повышенная активность в зонах Брока и Вернике головного мозга.

Доказується, що безумие у многих творческих людей с высоким творческим потенциалом проявлялось в форме маниакально-депрессивного психоза, а не шизофрении. При этом родственники больных шизофренией обладают более значительными творческими возможностями, чем другие люди. К сожалению, большинство людей с шизофренией мало что могут получить от своего опыта психоза. У них имеются постоянные проблемы с интеллектом, а «исполнительская» система высокого уровня ставит трагические пределы тому, чего они могут достичь.

Глава 4 «Шизофрения и лекарства» посвящена роли нейротрансмиттеров в мозге и их важной роли для понимания того, как работают лекарства. Освещается работа нейронов, синапсов, передача нервного сигнала, влияние амфетаминов на нейротрансмиссию и эффекты антипсихотических лекарств.

Доказується, що амфетаміни являються допаминовими агоністами, які стимулюють аксонні нейрони, що містять допамін, змушують синапс наповнюватися нейротрансмітером. Це викликає посилену стимуляцію рецепторів допаміна (існує п'ять різних типів рецепторів) в примикаючому нейроні. Посиленна стимуляція допамінової системи викликає у людей галюцинації і бред.

Подчеркивается, что все антипсихотические лекарства имеют общую особенность — они блокируют допаминовые рецепторы. Антипсихотические лекарства проникают в допаминовые рецепторы (или связываются с ними), не стимулируя их. Таким образом они не дают допамину стимулировать эти рецепторы. Уменьшая стимуляцию допаминовой системы, антипсихотические лекарства устраняют галлюцинации и бред у тех, кто принимает много амфетаминов, и у больных шизофренией.

Отмечается, что необычные эффекты атипичных антипсихотических лекарств происходят от «быстрого отхода» (быстрой диссоциации, отсоединения) от рецептора D₂. Это означает, что антипсихотическим действием могут обладать вещества без видимых моторных (двигательных) побочных действий. Все это касается воздействия на положительные симптомы. К сожалению, ученые не имеют таких же ключей через нейротрансмиттеры к отрицательным симптомам или симптом дефицита.

В главе 5 «Биологические факторы» обсуждаются биологические основы шизофрении, семейные и генетические факторы, нарушения структуры мозга и аномалии функции мозга. Указывается, что несмотря на столетия поисков, нейропатология шизофрении остается неясной. Показано, что риск развития шизофрении повышается примерно от 1 % в общей популяции до 50 % в потомстве двух родителей, больных шизофренией, и идентичных близнецов-шизофреников. Путь наследования у неё сложен и не регулярен. Семейный набор признаков при шизофрении может происходить от одного гена, нескольких генов или многих генов, или происходить одновременно по всем трем механизмам, которые могут действовать в разных семьях.

Отмечается, что в поисках биологических маркеров шизофрении был изучен метаболизм (обмен) азота, рассматривалась возможность каких-то проблем с кровообращением, изучалось строение тела больных шизофренией, велись обширные исследования гормонов, изучался феномен «розового пятна». Компьютерная томография подтвердила увеличение в размерах боковых желудочков, а также выявила уменьшение объема мозга. При этом в наибольшей степени уменьшаются височные доли и комплекс миндалаина — гиппокамп. Также была выражена пониженная активность (гипофронтальность) лобных долей, которая коррелировала с выраженностью психических нарушений.

В главе 6 «Факторы окружающей среды» анализируются психологические и биологические факторы в возникновении шизофрении. В частности, подчеркивается, что стресс и плохие семейные отношения могут стать причиной первого эпизода шизофрении. Показано, что средний возраст начала болезни у мужчин примерно на пять лет меньше, чем у женщин. У женщин функции сохранены лучше до начала проявления болезни и позднее реже они становятся инвалидами. Одно из предположений — болезнь протекает в более легкой форме у женщин в результате действия эстрогенов на допаминовые рецепторы D₂.

Другим важным открытием было «влияние сезона рождения». Люди, у которых впоследствии развилась шизофрения, чаще рождались зимой. Если мать заболела гриппом в среднем триместре беременности, то существует некоторая повышенная вероятность того, что её ребенок через много лет заболеет шизофренией. Повышенный уровень заболеваемости шизофренией был зарегистрирован у потомства женщин, которые сильно голодали в течение первых трех месяцев беременности. Доказується, що младенці, при народженні яких виникали ускладнення, в два рази більше ризкують захворіти шизофренією в дорослому віці, ніж діти, появившись на світ в результаті нормальних родов.

В главе 7 «Понимание симптомов шизофрении» сделана попытка осветить различие в понимании положительных и отрицательных симптомов, «пропасть различий» между сознанием при психозах и в норме, психологически объяснить симптомы, самоопределение симптомов, бред управления как расстройство самонаблюдения, значение понимания в лечении шизофрении.

Показано, что можно в какой-то степени понять, что чувствуют больные шизофренией. Это понимание дает нам некоторые представления о том, что ощущает человек при проявлениях симптомов шизофрении. Подчеркивается значение петли артикуляции в механизме слуховых галлюцинаций и тот факт, что такие процедуры, как мычание или устный счет шепотом, могут уменьшить тяжесть галлюцинаций, но не всем пациентам это помогает, и эффекты скорее кратковременны. Проводится дифференциальная диагностика между анархической рукой и бредом управления (10 % пациентов страдают подтвержденным бредом управления). Подчеркивается, что пациенты с шизофренией не способны разгадывать

намерения других людей. Дается понимание синдрома Капграса — это представление о том, что какой-либо человек заменен идентичным или почти идентичным другим человеком. Отмечается, что самое неприятное при слуховых галлюцинациях — не столько то, что пациент слышит голоса, сколько то, что именно они говорят. Авторы справедливо указывают, что если мы достигнем какого-либо понимания симптомов шизофрении, то сможем использовать это понимание для разработки психологических методов лечения.

Глава 8 «Значение шизофрении» посвящена вопросам страха перед большими шизофренией, проблеме общего бреда и безумию на двоих, шизофрении и насилию, сознанию и мозгу пациентов, страдающих шизофренией.

Отмечается, что шизофрения в своей основе является биологическим нарушением. Безумный человек не мыслит рационально, а «орет как ненормальный». Это говорит о том, как утверждает автор, что такой человек опускается до уровня животного. Такое отношение оправдывает исключение безумного из человеческого общества, а обращение с ним будет хотя и добрым, но как с маленьким ребенком или животным. Страх стать безумным — это частично страх быть исключенным из общества. Но существует и более глубокий страх, вызванный самим существованием безумия.

Доказано, что между насилием и шизофренией существует значимая связь. Каждый год примерно 8 % пациентов с шизофренией и без других проблем совершают акты насилия. Это меньше, чем в связи

с другими психическими заболеваниями, такими как депрессия и расстройства личности, но больше, чем у людей без психических расстройств, у которых эта цифра составляет примерно 2 %. Считается, что примерно 4 % всех актов насилия совершается большими шизофренией, но даже если всех их удастся избежать, остается 96 % актов насилия. Показано, что акты насилия обычно совершаются в периоды, когда пациенты считают, что люди стараются нанести им вред или думают, что ими управляют силы извне, которые находятся вне контроля больных.

Подчеркивается, что если лечение проводится против выраженного желания пациента, то это может рассматриваться, как попытка восстановить самостоятельность пациента. Нарушения, которые вызывают шизофрению, лежат в той области, где мозг взаимодействует с сознанием. Не удивительно, что основу шизофрении так трудно обнаружить.

В примечании приведен список зарубежной научной литературы, которая была использована при написании каждой главы рецензируемой книги. Заканчивается книга приведенным списком рекомендуемой русскоязычной специальной литературы по данной проблеме и алфавитным указателем имен ученых и специальных терминов.

В целом книга написана на высоком научном уровне, доступным языком, иллюстрирована клиническими примерами и рисунками, содержит огромный фактический материал и ценные выводы авторов, которые представляют несомненный интерес не только для широкого круга практических врачей-психиатров, но и для научных работников.

П. Т. Петрюк, А. П. Петрюк (Харьков)