

ШИЗОФРЕНИЯ

1. Понятие шизофрении

Шизофрения – хроническое психическое заболевание, которое протекает в виде приступов или непрерывно и приводит к характерным однотипным изменениям личности (дефекту) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций и поведения).

Это расстройство в качестве единого заболевания было выделено в 1896 году немецким психиатром Э.Крепелиным. Он установил, что начинающаяся в подростковом и юношеском возрасте группа наиболее злокачественных психических заболеваний быстро приводит к одинаковому состоянию, глубокому дефекту личности, и назвал эту болезнь раннее слабоумие.

Само название «шизофрения» было дано в 1911 году швейцарским психиатром Э.Блейлером, который описал под этим названием группу психозов. В отличие от Э.Крепелина, он считал, что шизофрения не обязательно возникает в молодые годы, а может развиваться и в зрелом возрасте. Э.Блейлер отметил, что при шизофрении возможны стойкие улучшения и благоприятный исход даже без лечения. Если Э.Крепелин сузил рамки шизофрении, описав лишь наиболее злокачественные ее формы, то Э.Блейлер, наоборот, чрезмерно расширил ее рамки и отнес к шизофрении хронический алкогольный галлюциноз, старческий бред ущерба, маниакально-депрессивный психоз и даже невротические синдромы. Все эти исследования положили начало учению о шизофрении, а название Э.Блейлера сохранилось до наших дней, иногда шизофрению называют болезнью Блейлера.

Э.Блейлер выделил клинические критерии шизофрении (так называемые 4 А):

- 1) аутизм как психический феномен (нарастает замкнутость, происходит снижение социальных контактов, потребности в общении);
- 2) снижение аффектов (эмоции уплощаются, становятся грубыми);
- 3) нарушение ассоциаций (искажается процесс мышления);

4) амбивалентность в волевой и эмоциональной сферах (противоречивые тенденции в волевых и эмоциональных проявлениях).

У психиатров разных стран до сих пор нет единой точки зрения на шизофрению. В некоторых странах к шизофрении относят только самые злокачественные формы, в некоторых вообще отрицают ее как единое заболевание. Наиболее полное учение о шизофрении создано отечественными психиатрами.

В настоящее время понятие «шизофрения» объединяет психопатологически, и, по всей вероятности, также и этиологически гетерогенную группу расстройств. Общность для пациентов с диагнозом шизофренического расстройства заключается в ощутимом (грубом) снижении уровня психосоциального функционирования (школа/профессия, дружеские отношения, самообслуживание) в раннем или среднем взрослом возрасте, если для этого нет других веских оснований.

Но ни одна другая диагностическая категория не дискутировалась и не оспаривалась столь же часто, как «шизофреническое расстройство». Причина этого лежит в отсутствии психопатологического признака или их сочетания, которые бы рассматривались как специфичные или необходимые для этого диагноза. И если при классификации аффективных расстройств можно опереться на неконтролируемые перепады настроения и нарушение влечений, а диагноз «злоупотребление психоактивными веществами» ставится в соответствии с употреблением вызывающих зависимость веществ, то согласие относительно ведущей симптоматики шизофрении до сих пор не достигнуто. Это привело к расхождению диагностических критериев у разных авторов, причем отчасти это качественные различия, отчасти различия в строгости критериев, в количестве признаков, характеризующих основные расстройства и вторичные симптомы и необходимых для однозначного определения шизофрении.

Клинические проявления шизофрении очень разнообразны. Почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы могут наблюдаться при

шизофрении. Но, несмотря на многообразие и полиморфность проявлений шизофрении, при ней всегда есть типичные проявления общие для всех больных и всех форм шизофрении, но с разной степенью их выраженности. Их называют «негативными» симптомами, поскольку они отражают тот ущерб для психики больного, который наносит болезнь.

В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы.

Эмоциональное снижение. Оно начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и другим близким людям, безразличия к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений.

В начале заболевания может быть ничем не мотивированная неприязнь больного к кому-либо из родных (часто к матери), хотя родные его любят и заботятся о нем. Безразличие к окружающему и мнению других людей может проявиться неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту.

Некоторые больные шизофренией осознают свою измененность. Они жалуются на то, что потеряли способность радоваться жизни, любить, волноваться и страдать, как раньше. То, что их теперь ничто не интересует, некоторые больные тоже осознают, но ничего не могут поделать, чтобы что-то изменить и по-другому относиться к своим близким, т.к. управлять ни своими эмоциями, ни поведением больной не может.

У некоторых больных наблюдается *эмоциональная амбивалентность* – т.е. одновременное существование двух противоположных эмоций (любви и ненависти, интереса и отвращения). *Амбигуэнтность* – расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Например, человек хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали. Это может сказываться и на поведении – больной ласкает своего ребенка и одновременно причиняет боль, после ласковых слов может безо всякого повода дать пощечину.

Может быть *диссоциация эмоциональной сферы* – больной смеется при

печальном событии или плачет при радостном. Больные могут быть равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалиться, увидев растоптанный цветок или больное животное.

Все эмоциональные проявления ослабевают. Вначале бывает уплощение, притупление эмоций, а затем развивается эмоциональная тупость. *Эмоциональная тупость* – это бедность эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким, утрата эмоциональной откликаемости на горе, печаль и неприятности других людей, в т.ч. и родных, огрубление чувств. Утрачивается интерес и к самому себе, своему состоянию и положению в обществе, отсутствуют планы на будущее. Это состояние необратимо.

Эмоциональное снижение сказывается на всем облике больного, его мимике и поведении. Лицо утрачивает выразительность и мимику, вместо нормальных мимических реакций могут быть нелепые гримасы или несоответствие мимики словам больного и его поведению. В совершенно неподходящей ситуации больной может нелепо хихикать и посмеиваться. Голос больных становится монотонным, невыразительным. С одной и той же интонацией больной может говорить и о смерти близкого человека, и о радостных событиях своей жизни.

Нарушения волевой деятельности. Одновременно с эмоциональным может происходить и волевое оскудение. В самых выраженных случаях волевые нарушения называются абулией (безволие). *Абулия* – частичное или полное отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях – полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими.

На начальных этапах абулия проявляется падением активности, бездеятельностью, снижением интереса ко всему. Вначале происходят «падение энергетического потенциала» и утрата побуждений к действиям. Больные забрасывают учебу или работу, запускают все домашние дела, не могут приняться ни за одно дело, никак не могут собраться, чтобы выполнить хотя бы

самые неотложные дела.

При утяжелении абулии больных ничто не волнует и не интересует, у них отсутствуют планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Окружающее тоже не привлекает их внимания, больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе. Они перестают элементарно обслуживать себя, не моются, естественные надобности справляют под себя или где попало.

Аутизм – утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания. Аутизм проявляется уходом больного в себя, отгороженностью от окружающего внешнего мира, изменением отношения больного к людям, утратой эмоционального контакта с окружающими. Это не просто замкнутость, которая бывает при шизоидной психопатии и некоторых других личностных расстройствах. Аутичным на ранних этапах шизофрении может быть и человек, формально контактирующий с окружающими, но в свой внутренний мир он никого не пускает: он закрыт для всех, включая самых близких больному людей.

Негативизм – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению. В широком понимании негативизм – это отрицательное отношение к воздействиям внешней среды, отгораживание от внешних впечатлений и противодействие идущим извне стимулам.

Негативизм бывает пассивный, когда больной не выполняет то, о чем его просят, или сопротивляется попытке изменить позу, положение тела и пассивно сопротивляется попытке накормить его, крепко сжимая зубы и губы. Пассивный негативизм может сочетаться с пассивной подчиняемостью.

При активном негативизме любые просьбы или инструкции вызывают противодействие – например, больному протягивают руку для рукопожатия, а он прячет свою руку за спину, а как только врач убирает руку, больной протягивает свою.

При парадоксальном негативизме действия больного противоположны

просьбам и инструкциям: например, врач просит подойти поближе, а он выходит из кабинета.

Речевой негативизм проявляется мутизмом. Мутизм – нарушение волевой сферы, проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

Нарушения мышления. Нарушения мышления при шизофрении называются формальными, т.к. они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса. Прежде всего, это затрагивает логическую связь между мыслями. На поздних этапах шизофрении логическая связь утрачивается даже в пределах одной фразы. В самых тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления, что проявляется в разорванности речи – речь больного состоит из сумбурного набора отрывков фраз, совершенно не связанных между собой. В менее выраженных случаях наблюдается «соскальзывание» мыслей – лишенный логики переход от одной мысли к другой, которого сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в *неологизмах* – новообразование, придумывание новых вычурных слов, которые понятны только самому больному. Диапазон неологизмов может быть широким: от придумывания нескольких слов до создания больным шизофренией собственного языка. Неологизмы бывают пассивные, несистематизированные, состоящие из бессмысленных звукосочетаний и конгломератов из частей разных слов, и активные, возникающие вследствие искаженной мыслительной переработки слов и всегда что-то значащие для больного. Активные неологизмы бывают основой для создания больным своего языка, который понятен только ему одному.

Нарушением мышления при шизофрении является и *резонерство*. Объектом рассуждений выбирается произвольно или же в процессе беседы на конкретный вопрос врача больной по пустячному поводу может пуститься в пространные рассуждения со сверхобобщениями, задавая самому себе вопросы

и сам на них отвечая, что-то доказывая и устанавливая собственные закономерности, причем рассуждения и доказательства могут быть весьма далеки по смыслу от заданного вопроса, ответить на который следовало бы одной фразой. Частыми темами резонерских рассуждений являются философские или еще какие-либо глобальные проблемы, однако больной может резонерствовать и на совершенно пустяковую тему, которая даже не стоит того, чтобы о ней так долго и пространно говорить.

Нарушение мышления проявляется и в искажении процесса обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам. Могут быть и такие нарушения, как неуправляемый поток мыслей, внезапные перерывы, или обрыв мыслей, или два параллельно текущих потока мыслей. На начальных этапах нарушения мышления еще не заметны, и их можно установить только с помощью специальных тестов.

Помимо этих, наиболее общих для всех больных шизофренией негативных симптомов, наблюдается и так называемая продуктивная симптоматика – т.е. продукция болезненных проявлений: бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации, аффективные нарушения, кататонические, гебефренические (юношеская форма шизофрении) и иные расстройства и помрачение сознания.

Сочетание продуктивной симптоматики с негативной приводит к образованию характерных для шизофрении синдромов с закономерной динамикой.

Выделяют три варианта течения шизофрении:

* непрерывное течение (при непрерывном течении заболевание начинается обычно в детском или юношеском возрасте, развивается постепенно, но сразу появляются изменения личности. Исход, особенно при злокачественной юношеской шизофрении (гебефренической) неблагоприятен. Для этого течения болезни нехарактерны острые приступы и светлые промежутки, депрессивные и маниакальные состояния. Наиболее благоприятной формой при непрерывном течении болезни является вялотекущая (латентная) шизофрения с симптоматикой, напоминающей

невротическую и психопатическую. Изменения личности по шизофреническому типу позволяют отграничить вялотекущую шизофрению от неврозов и психопатий. Менее благоприятна параноидная шизофрения, протекающая с галлюцинациями и бредом);

* приступообразное прогрессирующее течение (приступообразно-прогрессирующая (шубообразная) шизофрения занимает промежуточное место между непрерывно-текущей и рекуррентной. Изменения личности обычно предшествуют, в отличие от периодической формы, первому приступу и нарастают ступенчато (скачкообразно) от приступа к приступу. Истинное начало заболевания обычно приходится на детский возраст, когда появляется замкнутость, отгороженность, нарушается адаптация в детских коллективах (в детском саду, в школе), задерживается физическое и умственное развитие. Наличие у больного инфантилизма позволяет предположить раннее начало заболевания. Клиническая картина приступов разнообразна: депрессивные и маниакальные состояния, навязчивости, бред, галлюцинации, возбуждение, дурашливость. Однако сами приступы протекают менее остро, чем при периодической шизофрении, и после выхода из приступа у больного остаются отдельные симптомы болезни, т.е. он полностью не выздоравливает, что требует назначения постоянной поддерживающей терапии);

* периодическое рекуррентное течение (болезни свойственны хорошо очерченные приступы с качественными ремиссиями (светлыми промежутками). В структуре приступа может отмечаться депрессивная или маниакальная симптоматика, острые бредовые состояния, онейроидное («онейроид» означает «имеющий вид сновидения») помрачение сознания (может сочетаться с кататоническими расстройствами). Приступ обычно начинается с повышения или снижения настроения, затем присоединяется тревога, страх, растерянность. Больным кажется, что вокруг них творится что-то непонятное, специально для них подстроены и разыгрываются сцены, спектакли. Воспоминаниям, окружающим явлениям и фактам придается особый фантастический смысл. В дальнейшем в зависимости от настроения развитие бреда идет по-разному. При

депрессии могут возникать идеи виновности, борьбы добра и зла, часто с победой злых сил, "дьявола", "злых духов", и, как следствие, суицидальные мысли и попытки. При повышенном настроении возникают идеи величия, особого значения и роли в мире (я - "бог", "властитель Вселенной", "мне предназначена особая миссия"). На высоте приступа возникает помрачение сознания: больной перевоплощается, живет в фантастическом мире, на другой планете или в иной временной период (точнее, созерцает свою жизнь, как во сне). Это состояние может развиваться на фоне кататонической заторможенности. Обратное развитие приступа может протекать постепенно или достаточно быстро, но завершается приступ также либо подавленным, либо повышенным настроением. Количество приступов на протяжении болезни бывает разным (от 1-2 до ежегодных ухудшений). Клиническая картина их может быть однообразной, но чаще симптоматика меняется. Иногда бывают транзиторные (быстро преходящие) приступы шизофрении продолжительностью от нескольких дней до 2 недель. Ремиссия во многом зависит от тяжести и частоты приступов. Изменения личности, наступающие обычно после повторных приступов, характеризуются снижением активности, появлением обидчивости, ранимости, впечатлительности. В межприступном периоде могут быть колебания настроения).

2. Классификация

Течение	Вид	Клиническая форма	Симптомы
Непрерывное течение	Юношеская злокачественная шизофрения	Гебефреническая форма	
	Малопрогрессирующая шизофрения	Простая форма	Снижение сил, астения, быстрая истощаемость, депрессия
	Среднепрогрессирующая шизофрения		Синдром Кандинского-Клеромбо, бред в разных вариациях, нарушения сна
Приступообразное прогрессирующее течение	С галлюцинаторно-параноидными приступами	Параноидная форма	длительного тотального характера
	С аффективно-бредовыми приступами	Параноидная форма Циркулярная форма	
	С депрессивно-деперсонализационными приступами	Циркулярная форма	Бред, возбужденность, эйфория
Периодическое рекуррентное течение	Шизоаффективный вариант		
	Кататоническо-онейроидный вариант	Кататоническая форма	Изменения в моторной сфере, негативизм, онейроид
	Фебрильный гипертоксический вариант		

МКБ-10	DSM-1У
F20 Шизофрения	295 Шизофрения
F20.0 Параноидная шизофрения	295.30 Параноидный тип
F20.1 Гебефреническая шизофрения	295.10 Дезорганизованный тип
F20.2 Кататоническая шизофрения	295.20 Кататонический тип
F20.3 Недифференцированная шизоф.	295.90 Недифференцированный тип
F20.5 Остаточная шизофрения	295.60 Резидуальный тип
F20.6 Простой тип шизофрении	
F21 Шизотипическое расстройство	301.22 Шизотипическое расстр-во л-ти
F22 Хронические бредовые р-ва	297.1 Бредовые расстройства
F23 Острые и преходящие психотические расстройства	_____
F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении	_____
F23.1 Острое полиморфное	

психотическое расстройство с симптомами шизофрении	
F23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство	295.4 Шизофреноподобное расстройство
_____	295.8 Кратковременное психотическое расстройство
F25 Шизоаффективные расстройства	295.7 Шизоаффективное расстройство
F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип	_____
F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип	_____
F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип	_____

Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям. В отличие от экзогенных заболеваний, которые вызваны внешним отрицательным воздействием, например, черепно-мозговой травмой, инфекционным заболеванием, интоксикацией и прочими, при шизофрении таких явных внешних факторов нет. Хотя иногда первый приступ шизофрении может развиваться после какой-либо психической травмы, но «после этого» еще не значит «вследствие этого». Это может быть простым совпадением, и тогда клиническая картина шизофрении не совпадает с психотравмирующей ситуацией, то есть нет связи между психической травмой и болезненными переживаниями. В других случаях психическая травма спровоцировала скрытый шизофренический процесс, который даже без такой психотравмы рано или поздно проявился бы. А психическая травма лишь ускорила шизофренический процесс.

Юношеская злокачественная шизофрения начинается с отрочества. В симптомах наблюдается гримасничание лицом, эйфория, больные впадают в радостное состояние. Все очень быстро приводит к дефекту личности.

Простая форма шизофрении. Больные устают от обыденных дел, наступает угасание эмоций, интеллектуальная сфера более-менее сохранна (с

ними можно беседовать). Наступает в возрасте от 25 до 35-40 лет. Очень похожа на невротическое состояние. Помощь психологов не имеет эффекта, поэтому необходимо обращаться к психиатру.

Параноидная форма шизофрении и чаще встречается и поэтому более изучена. Характеризуется синдромом Кандинского-Клеромбо (Этот синдром складывается из бреда преследования и воздействия, явлений психического автоматизма и псевдогаллюцинаций. Больной может ощущать воздействие, осуществляемое различными способами, — от колдовства и гипноза до самых современных средств (радиацией, атомной энергией, лучами лазера и т.д.). Явления психического автоматизма — чувство, ощущение овладения, возникающее при мнимом воздействии на больного тем или иным видом энергии. Выделяют 3 типа психического автоматизма: идеаторный, или ассоциативный; сенсорный, или сенестопатический; моторный, или кинестетический. В структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома Кандинского— Клерамбо входят также псевдогаллюцинации —зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические обманы восприятия, отличаемые больными от реальных объектов и имеющие характер сделанности). Больные могут обклеивать окна фольгой, разбирать розетки, менять на автомобилях номера, чтобы «скрыться от преследователей». Бредовая фабула руководит всем поведением больного. Начало заболевания приходится на возраст 15-17 лет. В начале заболевания для подростка также характерна метафизическая интоксикация (эзотерические, философские, геополитические идеи и книги, т. е. ребенок становится «заумным»); увлечение субкультурами, резкая смена интересов, эмоциональности, исчезновение интереса к учебе.

Циркулярная форма шизофрении. При этой форме будущая картина неизвестна. Интеллект может быть сохранен, также как и эмоциональность. Но когда выхолащивается эмоциональная сфера — начинается бред.

Кататоническая форма шизофрении встречается редко. В этом случае может быть очень сильное, вплоть до крушения окружающих предметов,

возбуждение. Затем возбуждение сменяется ступором, синдромом воздушной подушки. Встречается онейроидный синдром – это разновидность психического расстройства, при которой человек путает реальность с галлюцинациями, подобными грезам (в переводе с греческого языка термин «онейроид» означает «имеющий вид сновидения»). Также это нарушение сознания называют шизофренический делирий. При этой патологии возникают яркие картины в воображении, которые могут частично строиться на основании реальных предметов и людей (например, обычные двери кажутся «вратами в иной мир», а прохожий «посланником в доспехах»). Синдром характеризуется сильными внутренними переживаниями при внешнем «ступоре», иногда пациент пребывает в состоянии сильного возбуждения или беспомощного удивления. Как правило, человек с такой болезнью очень хорошо помнит свои грезы, но совершенно дезориентирован в событиях реальных. Такая форма очень быстро приводит к дефекту личности.

3. Этиология

Поиск причин расстройства начинают с установления связи между возникновением заболевания и наличием или отсутствием определенных переменных. Такие переменные могут относиться к самому индивиду или к окружающей среде, они могут быть социального, психологического или биологического рода.

Генетика. Факт участия генетических факторов в возникновении шизофрении принадлежит к наиболее устоявшимся положениям этиологических исследований. И степень участия этих факторов при возникновении расстройства тоже оценивается достаточно точно. Установлено, что у биологических родственников лиц, заболевших шизофренией, риск заболеть выше, чем у других, причем вероятность заболевания тем выше, чем ближе степень родства. Исследования приемных детей показали, что у таких детей от матерей, больных шизофренией, встречается повышенная частота заболевания шизофренией и расстройствами, относящимися к «спектру

шизофренических расстройств».

Биохимические факторы. Поиск у больных шизофренией анатомических изменений головного мозга еще со времен Крепелина является основой этиологических исследований. Любопытно, что уже тогда было сделано предположение о структурных изменениях в височных и лобных областях. В современных исследованиях сообщается об увеличении боковых желудочков головного мозга; об уменьшении объема височных долей. Считается, что если эти органические изменения не прогрессируют, тогда они должны иметь место уже к началу расстройства. Это позволяет рассматривать их как фактор, повышающий риск развития шизофрении. В этом случае при равном генетическом риске церебральные изменения должны быть у тех индивидов, которые больны шизофренией. Однако существует и противоположная гипотеза, заключающаяся в том, что морфологические изменения головного мозга играют роль в преимущественно экзогенно обусловленной форме шизофрении в отличие от преимущественно генетически обусловленной подгруппы больных шизофренией.

Нейрокогнитивные дефициты. Позитивные симптомы, такие как формальные расстройства мышления и галлюцинации, несмотря на их многостороннее содержательное оформление, уже Блейлер и Крепелин объясняли несколькими основополагающими нарушениями интеллектуальных и психических функций. Таким основополагающим расстройством для Блейлера была, например, потеря «ассоциативных связей»; Крепелин объяснял расстройства процесса мышления недостаточностью функций внимания. И жалобы больных на то, что им сложно поддерживать разговор, они легко отвлекаются от обсуждаемой темы и что им необходимы большие усилия для продолжительного поддержания концентрации внимания, - все это указывает на большое значение расстройств переработки информации и внимания при шизофрении. Существует две большие темы экспериментально-психологических исследований шизофрении: изучение нарушений памяти, восприятия; нарушения мышления. Исследования нейрокогнитивных факторов

оказали существенное концептуальное и практическое влияние на понимание клинической картины расстройства. Поскольку такие исследования ограничиваются сравнением больных шизофренией с контрольной группой, невозможно решить, представляют собой найденные отклонения от нормы только сопутствующие явления острого заболевания или действительно указывают на основное расстройство.

Психосоциальные факторы. Влияющими факторами на возникновение расстройства можно назвать такие, как различные условия социализации (ответственность, эмоциональная стабильность матерей, отношения между родителями и детьми). Существует взаимосвязь между частотой заболевания и социально-экономическим статусом. Существуют гипотезы, объясняющие возникновение шизофрении, согласно которым за повышенный уровень заболеваемости шизофренией ответственна жизнь в тяжелых психосоциальных условиях; ответственно принимающее или отвергающее отношение родственников к заболевшему; в этиологии шизофренических расстройств в качестве психосоциального стрессора могут принимать участие изменяющие жизнь события, произошедшие до начала шизофрении.

Из всего можно сделать вывод, что психосоциальные факторы сами по себе также мало способны вызвать шизофрению, как и генетические факторы, и аномалии головного мозга. По-видимому, на возникновение шизофренического расстройства оказывает влияние большое количество факторов риска. Разнообразные формы этого расстройства все же объясняются не просто доминированием одного из перечисленных факторов риска. Более убедительным кажется то, что многообразие возможного взаимодействия факторов риска определяет и различные картины болезни, и отклонения от нормы, и течение болезни.