

Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М. А.

РЕФЕРАТ

На тему: «Шизотипическое расстройство»

Выполнила: Ординатор второго года обучения
специальности «Психиатрия»

Казьмина Н.В.

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2020.

Содержание:

I. Введение.....	3
II. Клиническая картина.....	4
III. Синдромы.....	6
1. Неврозоподобные симптомокомплексы.....	6
2. Психопатоподобные симптомокомплексы.....	10
3. Простые, или бедные симптомами, расстройства.....	11
4. Шизотипическое расстройство личности.....	12
IV. Диагностика, дифференциальная диагностика.....	13
V. Терапия.....	14
VI. Прогноз.....	16
VII. Вывод.....	17
VIII. Список литературы.....	18

I. Введение

В последние годы внимание врачей привлечено к давно ведущейся дискуссии о непсихотических, «краевых» состояниях, сходных лишь по ряду параметров с ядерными проявлениями шизофрении, т.е. о целесообразности рассмотрения непсихотических аутохтонных психических расстройств в системе так называемой патологии шизофренического спектра. Именно этот контингент больных, характеризующийся отсутствием признаков манифестного психоза, с одной стороны, и своеобразием клинической картины и течения, с другой остается «камнем преткновения» для нахождения ему места в систематике психических расстройств.

Первоначально основной группой аутохтонных непсихотических заболеваний была шизофрения, что послужило основанием для разработки целого ряда диагностических квалификаций: мягкая шизофрения (Кронфельд А.С., 1928), непсихотическая шизофрения (Розенштейн Л.М., 1933), текущая без изменения характера (Кербикову О.В., 1971), микропроцессуальная, микропсихотическая (Гольденберг С.И., 1934 – цит. по А.Б.Смулевичу, 2017), рудиментарная, санаторная (Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1934), предфаза шизофрении (Юдин Т.И., 1951), медленно текущая (Озерецковсаский Д.С. 1950) и т.п.

Однако соответствующие диагностические рубрики в современных международных системах классификации психических расстройств отсутствуют. Отражением этой ситуации является то неопределенное положение, которое занимает шизотипическое расстройство в современных классификациях психических заболеваний.

В МКБ-10 это состояние включено в раздел F2, наряду с шизофренией и бредовыми расстройствами, и под названием «шизотипическое расстройство» включено в рубрику F21, однако ее использование в научных работах ограничивается лишь национальными рамками. В DSM-V шизотипическое расстройство кодируется рубрикой 301.22 (F21) и относится к кластеру «А» личностных расстройств (вместе с параноидным и шизоидным РЛ).

Шизотипическое расстройство включает широко представленные состояния, определяемые в рамках клинко-нозологической парадигмы как вариант аутохтонного процесса с относительно благоприятным течением.

В то же время шизотипическое расстройство является одной из наиболее тяжелых форм так называемой пограничной психической патологии. Данная патология неблагоприятно влияет на социальную адаптацию пациентов и приводит к многочисленным госпитализациям в психиатрический стационар. МКБ-10 не рекомендует эту рубрику для широкого диагностического использования в связи с трудностями отграничения ее, с одной стороны, от простой формы шизофрении, с другой - от шизоидной или параноидной личностной патологии. В.Н. Краснов (2009) подчеркивает, что «в исследованиях данный диагноз обычно служит критерием исключения; определенных терапевтических рекомендаций не имеет либо требует пересмотра в пользу шизофрении». При этом в целом шизотипическое расстройство, несмотря на его по существу «остаточный» статус в МКБ10, занимает существенное место и удельный вес в структуре аутохтонных заболеваний. Распространённость шизотипического расстройства, по данным разных авторов, составляет от 16.9-20.4%

II. Клиническая картина

Шизотипическое расстройство чаще всего протекает на непсихотическом уровне, и его проявления «по своей клинической картине напоминают дебютные проявления психотических форм болезни».

В картине шизотипического расстройства на всем протяжении доминируют неврозоподобные, психопатоподобные и «бедные симптомами» нарушения. Основные проявления, присущие прогрессивным формам шизофрении, остаются неотчетливыми: нет ни выраженного эмоционального оскудения, ни заметного падения активности, ни очевидных, бросающихся в глаза нарушений мышления. Эти симптомы лишь иногда как бы просвечивают через психопатоподобные нарушения поведения или неврозоподобные расстройства. Заболевание отличается незаметным медленным началом и манифестацией, напоминающей декомпенсацию психопатии или психогенно вызванный затяжной невроз; дебют чаще всего падает на старший подростковый или послеподростковый возраст.

Непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках неврозо/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию. Однако так называемое шизофреническое слабоумие - дефектное состояние с выраженными шизофреническими изменениями личности - не бывает исходом болезни.

При малопрогрессирующих формах заболевания, протекающих без манифестации генерализованных психотических симптомокомплексов, сложных в плане сочетания позитивных и негативных расстройств, имеющаяся тенденция к поляризации выявляется наиболее отчетливо. Соответственно систематика такого рода расстройств должна проводиться с учетом пропорции проявлений позитивного и негативного психопатологических векторов. Именно с этой точки зрения рассматриваются непсихотические состояния при малопрогрессирующем течении. Результатом такого подхода является заключение о том, что не только при психотических формах шизофрении, но и в условиях малопрогрессирующего аутохтонного процесса формирование вариантов заболевания протекает по типу «позитивной» и «негативной» шизофрении. Так же, как и шизофренические психозы, шизотипическое расстройство может протекать как непрерывно, так и в форме приступов. Однако типологическое разделение шизотипического расстройства по этому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку в большинстве случаев приступы сочетаются с вялым непрерывным течением.

При шизотипическом расстройстве можно отметить несколько особенностей.

1. В целом наблюдается несоответствие отдельных симптомов друг другу, их дискордантность. Такая ситуация отличается от конкордантности, свойственной клинической картине невротического расстройства, когда отдельные симптомы гармонично включены в целостный невротический симптомокомплекс соответствуют аффективным переживаниям больного.

2. Внутри формирующегося синдрома прослеживается характерная динамика, вектор которой направлен от более простых к более сложным психопатологическим проявлениям, от «невротических» или «психопатических» к «псевдоневротическим» и «психопатоподобным».

3. Отсутствует четкая граница между разными вариантами неврозоподобных и психопатоподобных проявлений, и элементы одного из них, как правило, включены в картину другого.

4. Возможен переход неврозоподобного варианта шизотипических расстройств в психопатоподобный.

Для всех шизотипических расстройств достаточно характерны (и наиболее хорошо изучены) соучаствующие в клинической картине заболевания аффективные расстройства - депрессивные, гипоманиакальные и со смешанным аффектом. Нельзя забывать, что в части случаев неврозо- и психопатоподобные явления представляют собой дебют процессуальной шизофрении и со временем могут «обрасти» симптоматикой психотического уровня, что делает правомочным ретроспективно рассматривать такие состояния вне рамок шизотипических

расстройств как непсихотический этап психотических форм заболеваний шизофренического спектра. Систематика такого рода расстройств проводится с учетом пропорции проявлений позитивного и негативного психопатологических векторов.

В МКБ-10 указаны следующие диагностические критерии:

Шизотипическое расстройство – это расстройство характеризуется чуждаватым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет. Могут наблюдаться следующие признаки:

а) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;

б) поведение или внешний вид - чуждаватые, эксцентричные или странные;

в) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;

г) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;

д) подозрительность или параноидные идеи;

е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;

и) эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств. Чаще эти расстройства встречаются у лиц, генетически связанных с больными шизофренией и относятся, как считают, к части генетического "спектра" шизофрении.

Диагностические указания: Диагностические рубрики не рекомендуются для широкого использования, потому что их трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой форме шизофрении (F20.6xx), или от шизоидной или параноидной личностной патологии. Если же этот термин используется, то 3 или 4 из описанных типичных черт должны присутствовать постоянно или эпизодически по крайней мере в течение 2-х лет. У больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства говорит больше в пользу данного диагноза, но не является необходимой предпосылкой.

Приведенное описание соответствует картине латентной шизофрении. В данную рубрику включаются формы, которые в отечественной версии МКБ-9 квалифицировались как малопрогрессирующая или вялотекущая шизофрения. Наряду с перечисленными выше признаками может проявляться стойкими obsessивно-фобическими и/или истерическими, деперсонализационными, психопатоподобными симптомами с чертами инертности, однообразия, штампованности. Для достоверного диагноза малопрогрессирующей шизофрении необходимо наличие дополнительных признаков в виде снижения инициативы, активности, психической продуктивности, эмоциональной нивелировки, парадоксальности суждений.

Если прогрессирование болезни приводит к выявлению отчетливых признаков психоза, диагноз следует поменять на одну из типичных форм шизофрении.

III. Синдромы

1. Неврозоподобные симптомокомплексы при шизотипическом расстройстве

Позитивные симптомокомплексы в структуре шизотипического расстройства представлены широким спектром неврозоподобных симптомов, отличающихся от проявлений невротических состояний. Известно, что «пусковым механизмом» невротических состояний (как самостоятельных психопатологических феноменов у преморбидно психически здоровых лиц или как декомпенсаций имеющихся личностных расстройств) бывают как внешние - психогении, так и внутренние факторы - возрастные кризисы, менструальный цикл, беременность, роды, инволюция, эндокринная перестройка и др.

При шизотипическом расстройстве структура заболевания определяется доминированием неврозоподобных симптомов (представленных широким спектром психопатологических проявлений) на всем протяжении заболевания (F21.3). Это обстоятельство позволяет выделить несколько неврозоподобных феноменов, а именно: обсессивно-фобический, дисморфофобический, небредовой ипохондрический, конверсионно-диссоциативный, деперсонализационно-дереализационный, астеноаффективный.

1.1 Обсессивно-фобический синдром

Среди расстройств шизофренического спектра обсессивно-компульсивная симптоматика - не только одна из наиболее распространенных, но и трудно поддающихся лечению. В большинстве работ проводится четкое разграничение тревожно-фобических и обсессивных синдромов как основного клинического проявления соответствующего варианта аутохтонного процесса с выделением «шизообсессивного» или «шизопанического/шизофобического» вариантов. В связи с этим можно выделить два варианта обсессивно-фобических расстройств:

а) фобический

Фобии обычно появляются в детстве или молодом возрасте и могут сохраняться десятилетиями. В отличие от фобий при невротических состояниях не обнаруживают тенденции к колебаниям интенсивности. Кроме того, данные фобии быстро «обрастают» другими психопатологическими феноменами и в значительной степени «перекрываются» ими. Псевдоневротические фобии быстро «обрастают» навязчивостями и сопровождаются защитными действиями. Формируется система ритуалов, которая у части больных на определенном этапе сопровождается проявлениями компульсивности (чувства насильственности и мучительной борьбы мотивов). Со временем усилия по борьбе с собственными ритуалами ослабевают и прекращаются. Актуальность фобий со временем падает, они становятся недостаточно отчетливыми и на передний план выступают защитные меры, которые принимают характер обсессивных влечений. Постепенно ритуалы занимают ведущее положение в клинической картине, приобретают все более вычурный характер, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

б) обсессивный

Все навязчивости можно условно разделить на три группы.

1. К первой группе обсессий относятся идеаторные навязчивости в виде навязчивого мудрствования, навязчивых воспоминаний и сомнений. От автоматизмов эти навязчивости отличает отсутствие ощущения «сделанности», несмотря на насильственный характер, а от бреда - критическое отношение к ним самого пациента.

2. Вторая группа обсессий может быть обозначена как моторные навязчивости. Прежде всего, в этом случае речь идет о навязчивостях незавершенности действия, когда на первый план выступают ритуалы в форме «моторного перфекционизма».

3. Третья группа обсессий связана с феноменом контрастности (контрастные обсессии, навязчивые хульные мысли, овладевающие представления, овладевающие желания) и может быть названа навязчивостями запретных побуждений. Обсессии контрастного содержания - это неприемлемые с моральной точки зрения идеи, представления или образы, которые против воли всплывают в сознании больных, вызывая у них чувство вины и страх того, что они могут совершить эти деяния.

Резюмируя характер всех навязчивостей, возникающих в структуре шизотипического расстройства, можно выделить несколько особенностей.

1. Медленное, неяркое их первоначальное развитие с тенденцией навязчивостей к «систематизации», группировке вокруг первичной obsессии множественных вторичных навязчивостей.

2. Появление монотонных, инертных, вычурных и нелепых защитных ритуалов, их метафизичность (абстрактность). Компульсивные расстройства постепенно замещаются моторными (кататоническими) стереотипиями и больные вынуждены повторно выполнять одни и те же операции. Эти ритуалы больной может выполнять, не стесняясь посторонних и крайне озлобляясь, если ему в этом препятствуют. Такого рода ритуалы, постепенно занимающие ведущее положение в клинической картине, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

3. При этих навязчивостях, в отличие от невротических, тщательный анализ, как правило, не позволяет выявить психогенные факторы, лежащие в их основе, а сами навязчивости могут проявляться в виде нелепых абстрактных систем - числовых, геометрических, буквенных.

4. В отличие от obsессий при неврозах, они быстро лишаются эмоционального компонента, приобретают черты инертности и однообразия - их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности.

Иными словами, **дифференциально-диагностической** особенностью obsессивно-фобических расстройств является наличие в клинической картине изменений, сходных с негативными. К ним относятся: отсутствие элементов борьбы и преодолевающего поведения с формированием выраженного ограничения активности, аутизации и тотального избегания, а также необратимый стереотипный, монотонный и ригидный характер невротической симптоматики и ее усложнение за счет появления обширной системы ритуалов с замысловатой и не всегда объяснимой мотивацией.

При дальнейшем течении obsессивного шизотипического расстройства состояние пациентов характеризуется проявлениями несомненной аутохтонности процесса.

1. Происходит трансформация навязчивостей:

- Они быстро утрачивают прежнюю аффективную окраску, приобретая черты инертности и однообразия.
- Их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности.
- Двигательные ритуалы символического характера нередко замещаются или сосуществуют вместе с вербальными ритуалами

2. Постепенно при шизотипическом расстройстве появляются негативные расстройства, в структуре которых необходимо особенно подчеркнуть признаки гипотонического (астенического) дефекта с нарастанием отгороженности, аутизации личностных установок и недостаточной мотивированности эмоционального реагирования, личностных расстройств тревожного типа, склонности к самоанализу, рефлексии. Такая динамика является одним из важных свидетельств аутохтонности психического расстройства, клиническим содержанием которого являются фобические и obsессивные проявления.

1.2 Дисморфофобический синдром

Достаточно часто этот синдром начинается с небредовых дисморфофобических проявлений, которые на этом этапе носят характер навязчивых, доминирующих или сверхценных идей мнимой либо преувеличенной физической неполноценности (излишней полноты) или уродства в связи с анатомическим дефектом (форма и/или размер носа, ушей, губ, рост, вес тела и т.п.), либо нарушением физиологических функций (наличие запаха пота, кишечных газов и т.п.), производящих отталкивающее впечатление на окружающих. В целом при дисморфофобическом синдроме отмечается сочетание клинической картины с другими психопатологическими расстройствами: психастенического круга (самокопание, неуверенность, появление сомнений и т.п.), выраженной ауто- и соматопсихической

деперсонализацией, вычурными навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрическими нарушениями, аффективными проявлениями.

При этом имеет место глобальное изменение поведения, обусловленное дисморфофобическими переживаниями пациента; например, упорное стремление изменить свою внешность посредством оперативного вмешательства. Дисморфофобические идеи касаются представлений о собственной внешней уродливости, что находится в тесной связи с деперсонализационным ощущением утраты своих чувств, неполноты восприятия собственной личности, отсутствием эмоционального сопровождения двигательных актов. Действия больных воспринимаются ими «как бы автоматическими», лишены прошлой произвольности, неестественными и наигранными. Частным проявлением дисморфофобических переживаний является расстройство пищевого поведения.

1.3 Небредовой ипохондрический синдром

Клиническая категория «ипохондрия» охватывает широкий круг патологических проявлений соматопсихической сферы, включающий такие психопатологические феномены, как расстройства телесного самосознания - образа и схемы тела, психосенсорные расстройства, сенестопатии, соматизированную тревогу. Шизотипическое расстройство с проявлениями небредовой ипохондрии характеризуется относительно благоприятным течением.

Жалобы больных сочетаются с развитием следующих явлений:

- 1) фиксация на деятельности внутренних органов;
- 2) страх телесного недуга, основанный на ложной интерпретации болезненных ощущений;
- 3) несогласие с медицинской аргументацией необоснованности жалоб;
- 4) поиск повторных консультаций, обследований или «исцеления» с помощью нетрадиционных методов лечения.

Таким образом, клиническая картина небредовой ипохондрии складывается из сенестопатий и тревожно-фобических расстройств ипохондрического содержания, сопровождающихся явлениями ипохондрически стигматизированного поведения (частые обращения за медицинской помощью, самоощажение, оздоровительные мероприятия)

Следующие критерии позволяют отнести эти расстройства к шизотипическому расстройству:

1) видоизменение по мере развития болезни нозологически неспецифических (на начальных этапах) осевых кознестеziопатических расстройств во все более свойственные аутохтонному процессу нарушения (трансформация персистирующих однообразных, штампованных телесных сенсаций в нарушения круга сенестезий и сенестопатий);

2) углубление негативных расстройств (нарастающие изменения личности).

3) нарушение социального функционирования.

1.4 Конверсионно-диссоциативный синдром

В отличие от конверсионно-диссоциативных расстройств невротической природы, при шизотипическом расстройстве конверсионно-диссоциативные явления характеризуются отсутствием психогенеза, «оторванностью» от внешних обстоятельств, а также некоторыми особенностями клинической картины и динамики состояния, что делает правомочным предположение об иных, чем при невротических состояниях, патогенетических механизмах этих расстройств и их близости к расстройствам шизофренического спектра.

При конверсионно-диссоциативном синдроме в рамках шизотипического расстройства выделяется три основных этапа развития заболевания. Начальный этап характеризуется клиническим разнообразием, яркостью, лабильностью истерических проявлений. Пациентов отличают склонность принимать желаемое за действительное, фантазирование до состояния экзальтации, стремление удивлять окружающих неожиданными выдумками. На втором этапе имеет место кульминационное развитие истериформной симптоматики с яркими, пышными, гротескными проявлениями - ощущение «спазма в горле», припадки со слезами и рыданиями по ничтожному поводу, внезапное онеменение конечностей и т. п., которые в сочетании с развязностью поведения, расторможенностью влечений, лживостью, бродяжничеством приближаются к гебоидным расстройствам. При этом истериформная симптоматика не имеет

непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией или же не устраняется после ее разрешения, приобретая массивный, утрированный характер. Пациент демонстрирует истериформную симптоматику, не отслеживая при этом реакции окружающих, не пытаясь играть на публику, не преследуя никаких меркантильных целей. На этапе угасания истероформные проявления бледнеют, стереотипизируются, набор их становится все более бедным, приобретая характер монотонных штампов; выявляется диссоциированность всей психической жизни с немотивированным отказом от прежних привязанностей и интересов, переменной жизненного уклада.

1.5 Деперсонализационно-дереализационный синдром

В качестве объектов психопатологического анализа в большинстве из них выступают явления ауто, алло- и соматопсихической деперсонализации, а также психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*). В качестве доминирующего синдрома деперсонализационно-дереализационные переживания в структуре шизотипического расстройства наблюдается крайне редко, выступая в этом случае, с нашей точки зрения, в качестве позитивных расстройств.

В дебюте заболевания преобладают явления невротической деперсонализации в трех основных психических сферах (восприятие, мышление, эмоции):

- обостренное самонаблюдение (рефлексия);
- жалобы на потерю «чувственного тона»;
- исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего.

Постепенно развивается клиническая картина сверхценной деперсонализации, которая определяется явлениями отчуждения, выступающими в различных сферах самосознания (ауто, алло- и соматопсихическая деперсонализация). В целом это кумулируется в форме снижения витальности, инициативы и активности.

В целом при шизотипическом расстройстве деперсонализационный синдром, определяющий клиническую картину заболевания, чаще всего касается преимущественно аутопсихической деперсонализации (в той ее части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания). Деперсонализационные проявления выступают чаще всего в тесной взаимосвязи с ипохондрическим самоанализом. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены при этом менее заметно.

1.6 Астено-аффективный синдром

На продромальном этапе заболевания превалируют явления гиперестетической астении: интенсивное ощущение утомления, сенсбилизация к нейтральным в норме раздражителям, алгии, нарушения сна. При начальных проявлениях заболевания клиническая картина носит неспецифический характер и выражается в тотальной астении. В дальнейшем характерно преобладание явлений аутохтонной (не связанной с умственными или физическими перегрузками) астении, протекающей с отчуждением самосознания активности. Отмечается повышенная утомляемость: доминируют слабость, разбитость, ощущение утраты мышечного тонуса, необычной физической тяжести, «ватности» во всем теле. Больные жалуются на затруднение, а порой и невозможность восприятия и переработки информации (прежде всего, вербальной), «неулавливание» логической взаимосвязи между отдельными словами или фразами во время прослушивания или чтения, «несхватывание» общего смысла текста, «неспособность» выделить главное из второстепенного, «невозможность» додумать мысль до конца, построить элементарную логическую цепочку. Больные чувствуют себя поглупевшими или неполноценными. Все это приводит к затруднениям в восприятии и осмыслении учебного материала и, как следствие, - к несостоятельности в учебе. Наряду с идеаторным расстройством наблюдаются утрата автоматизированных навыков, неуверенность при различении положительных и отрицательных эмоциональных стимулов, представлений, восприятий. При дезавтоматизации повседневные, привычные движения и действия не могут совершиться без фиксации на них внимания и требуют волевых усилий. Иногда на этом фоне обнаруживаются интенциональные расстройства мышления: произвольное возникновение посторонних, не относящихся к делу мыслей, воспоминаний (ментизм), часто в виде чувственных ярких

представлений, «обрывов», «отключений», «параллельности» мыслей, хаотического их движения вплоть до полного сумбура и даже неспособности к речевому контакту, что некоторые авторы относят к так называемым малым идеаторным автоматизмам. Именно интенциональными расстройствами мышления определяется столь тягостное для этих больных переживание интеллектуальной несостоятельности. В соматопсихической сфере преобладают синдромы витальной астении с головными болями и нарушением сна, а также - разнообразные вегетативные расстройства. В результате в клинической картине этих состояний наблюдаются проявления обоих полюсов эндогенной диады: когнитивные расстройства (отражающиеся в нарушении мышления), с одной стороны, и атипичные аффективные расстройства - с другой. В некоторых случаях отмечается снижение критичности больных с уменьшением рефлексии и возможности анализа, наступивших с ними перемен.

Особенность аффективных расстройств в этом случае заключается в наличии:

1) нечетких суточных колебаний состояния с улучшением умственной работоспособности к вечеру (витальное изменение аффективности);

2) непродолжительных гипоманиакальных состояний, которые в одних случаях бывают гармоничными, а в других - с признаками смешанного и дисфорического аффектов (с недовольством собой и окружающими, угрюмостью, раздражительностью, злобностью, включающими, наряду с подавленностью, скуку, безразличие, апатию, вялость, сопровождающиеся адинамией, снижением энергии и инициативы).

2. Негативные психопатоподобные симптомокомплексы в рамках шизотипического расстройства

Психопатоподобные (псевдопсихопатические) расстройства(F21.4). Эта форма, особенно вначале, может представлять большие трудности в отношении дифференциального диагноза с психопатиями. Псевдопсихопатические (психопатоподобные) расстройства «в целом сходны по характеру патохарактерологических отклонений и поведенческих расстройств с расстройствами, наблюдаемыми при психопатиях. Тем не менее при психопатиях и то и другое носит врожденный характер и проявляется с самого начала жизни».

Среди всех шизотипических расстройств психопатоподобные проявления встречаются в 26,5% случаев. Чаще они встречаются у мальчиков. Психопатоподобная симптоматика при шизотипических расстройствах нередко начинается с явлений так называемого искаженного пубертатного криза. Однако, если «искаженный пубертатный криз» является этапом шизофренического процесса, то происходит усиление дисгармонии преморбидного личностного склада вплоть до выраженных характерологических «сдвигов» (псевдопсихопатий), которые в одних случаях выражаются в появлении различных форм девиантного поведения, а в других - в аутистической трансформации личности, отличаясь также особенностями восприятия, мышления и аффективной сферы.

2.1 Гебоидный синдром (синдром неустойчивого поведения).

Обобщенная характеристика пациентов с синдромом неустойчивого поведения, протекающего в рамках шизотипических расстройств, представлена психологическими проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, эмоциональной извращенностью и нарушением влечений.

Характерны такие явления, как причудливость интересов, ранняя сексуальная расторможенность, ненависть к близким (или, по крайней мере, равнодушие к ним), агрессивное поведение, мировоззренчески окрашенные агрессивно-садистические влечения, полиморфные страхи (появление неопределенных или непонятных фобий). К этим проявлениям заболевания может присоединиться патологическое фантазирование, которое затрудняет адаптацию индивидуума к реальной действительности. Со временем больные с синдромом неустойчивого поведения становятся более «социальными», чем в юности, однако развившиеся проявления шизофренического дефекта, психопатоподобный облик и линия поведения этих пациентов делают их «странными», «не похожими на других», «чудаковатыми», «односторонне увлеченными вне рамок профессиональной деятельности».

2.2 Гистриноформный (истериформный) синдром.

В рамках шизотипических расстройств характеризуется постепенным развитием и преобладанием, наряду с истериформной симптоматикой, негативных изменений. Постепенно истерические расстройства уступают место психопатоподобным – присоединяется шизоидизация, сопровождающаяся нарастающими когнитивными нарушениями. В результате на более поздних этапах заболевания в клинической картине все более отчетливо выступают:

- грубые психопатические нарушения (лживость, авантюризм, бродяжничество);
- типичные для шизофрении изменения (аутизм, снижение продуктивности трудности адаптации, утрата контактов);
- трансформация истерической демонстративности - в шизофреническую вычурность и манерность, инфантильной доверчивости и наивности – в регрессивную синтонность, непрактичности - в паразитизм, истерохарактерологических черт - в гебоидные.

2.3 Импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром.

При этом синдроме обнаруживается сходство с некоторыми чертами эпилептоидной психопатии, с которой и следует проводить дифференциальную диагностику.

При протекании эпилептиформного синдрома в рамках шизотипических расстройств обращает на себя внимание:

- жестокость, выступающая на первом плане, - порою изуверская, ужасающая и, что отличает от эпилептоидной психопатии, холодная агрессия, часто нелепая, перемежающаяся с периодами вялости;
- сочетание brutальных аффективных взрывов с общей эмоциональной обедненностью при отсутствии явлений постепенного накопления аффекта; наличие выраженного и малопонятного негативизма;
- внезапное и неожиданное, без ясных причин, окончание вспышек возбуждения, в отличие от эксплозивных вспышек у психопатических личностей, после которых в течение некоторого времени, иногда весьма продолжительного, остается аффективная напряженность с дисфорическим компонентом и готовностью к повторным взрывам аффекта.

Нарушения влечений, в отличие от эпилептоидной психопатии, не ограничиваются сферой сексуального и агрессивного инстинктов и часто распространяются на пищевой инстинкт. Можно наблюдать также исчезновение элементарной брезгливости. Сексуальные перверсии отличаются полиморфизмом, касающимся как объекта влечений, так и способа его удовлетворения.

2.4 Аутистический синдром

Бросаются в глаза нарушение адаптации к окружающему; трудности контакта с людьми; появление замкнутости, отрешенности от окружающего, холодности к близким, безразличия к сверстникам, контактов с которыми пациенты практически не ищут; отсутствие стремления создать компанию единомышленников; уклонение от игр и общего времяпровождения с ними. Такие больные становятся неразговорчивыми, задумчивыми, одинокими.

3. Простые, или бедные симптомами, расстройства (F21.5).

При компенсаторном истощении и, соответственно, превалировании адаптационной составляющей приспособления определяющим становится собственно дефект: сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности, постепенным уплощением аффекта и исчезновением желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия, а в последующем - появлении грубых когнитивных нарушений.

Такого рода расстройство характеризуется преимущественно негативными симптомами. Можно выделить два его варианта:

- 1) дисмотивационный синдром (нарастающей шизоидизации);
- 2) амотивационный синдром (бедный симптомами).

При этом в одних случаях формирование картины заболевания начинается с характерологического «сдвига», сопровождающегося искаженной непродуктивной

деятельностью, а в других - с медленного углубления психической дефицитарности (нехватка «жизненной энергии», снижение инициативы, активности, эмоциональная нивелировка), падения успеваемости, затруднения в усвоении учебного материала.

4. Шизотипическое расстройство личности (F21.8).

Следует подчеркнуть спорность квалификации этой категории в нозологическом плане. Шизотипическое РЛ имеет весьма тесную связь с представлениями о собственно шизотипических расстройствах.

1. Психические нарушения, относимые к шизотипическому РЛ, ограничиваются, как и собственно шизотипические расстройства, непсихотическими проявлениями.

2. При имеющейся в динамике этих состояний личностной трансформации отсутствуют, как и при собственно шизотипических расстройствах, признаки выраженного дефекта, в частности - редукции энергетического потенциала, облигатные для диагностики психотической шизофрении.

В то же время при шизотипических РЛ имеются феномены, которые можно трактовать как характерологические особенности пациентов. Так, на протяжении всей жизни индивидуумы с явлениями шизотипического РЛ ведут замкнутый образ жизни. Для них характерны односторонность деятельности, узкая направленность интересов (только учеба или только работа), необычные, странные, приобретающие доминирующий характер увлечения. Структура отношений с окружающими несет черты отстраненности, отгороженности, эмоциональной индифферентности, отчужденности и безразличия как к одобрению, так и к порицанию. При этом нередко отмечается неадекватность эмоциональных реакций. Характерны странности поведения как в профессиональной сфере, так и в быту. На первом плане - контраст между сохранной психической активностью с достаточно высоким уровнем работоспособности и социальной адаптации (успешная профессиональная деятельность, устойчивые отношения в браке) и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни (неряшливость, неразборчивость в выборе одежды, безразличие к внешним атрибутам обыденной жизни).

Иными словами, клиника шизотипических РЛ, с одной стороны, включает проявления непсихотической (вплоть до субпсихотической) симптоматики шизофренического спектра, а с другой - не соответствует ни статическим (непсихотическая психопатология на всем протяжении заболевания), ни динамическим (движение в сторону формирования лишь личностной трансформации, а не последовательного утяжеления психопатологической симптоматики вплоть до формирования глубокого дефекта) критериям диагностики процессуальной шизофрении. Таким образом, шизотипическое РЛ представляет собой некую «смесь» характерологических аномалий, с одной стороны, и непсихотических психопатологических симптомокомплексов - с другой, занимая промежуточное положение между аномалиями личности (психопатиями) и собственно шизотипическими расстройствами.

IV. Диагностика, дифференциальная диагностика

Для первичной диагностики необходим сбор анамнеза и полное соматоневрологическое обследование.

В целом у таких больных имеет место низкий уровень заинтересованности в интерперсональных отношениях, в том числе с лечащим врачом. Причину своего психического неблагополучия они видят вовне, обвиняя близких, сослуживцев, «несчастливую судьбу»; у них часто отсутствует глубокая привязанность к близким, которые нередко отмечают резкое изменение отношений пациента к ним с момента начала заболевания.

Для психопатологической оценки этих состояний необходим учет позитивных и негативных симптомов, которые представлены рудиментарными феноменами, не достигающими критериев развернутого психоза.

В процессе диагностического анализа учитываются также сведения:

- о семейном отягощении (случаи «семейного» заболевания);
- особенностях преморбиды, развития в детском, пубертатном и юношеском возрасте;
- необычных или вычурных увлечениях в указанные периоды;
- резких, ограниченных во времени характерологических сдвигах с профессиональным «надломом», изменениями всего жизненного пути и нарушениями социальной адаптации;
- наличии постепенного, связанного с падением интеллектуальной активности и инициативности, снижения трудоспособности.

Вспомогательное, но, по мнению современных европейских психиатров, весьма существенное значение для диагностики имеют:

- нарушения экспрессии, придающие облику больных черты странности, чужаковости, эксцентричности;
- пренебрежение правилами личной гигиены, «запущенность», неряшливость одежды;
- манерность, парамимия с характерным, избегающим собеседника взглядом;
- угловатость, толчкообразность, «шарнирность» движений;
- напыщенность, многозначительность речи при бедности, неадекватности интонаций

Дифференциальная диагностика шизотипических расстройств от шизофрении состоит в том, что для шизофрении характерны выраженные расстройства психотического уровня (бред, галлюцинации, кататония и пр). Симптоматика шизотипических расстройств сходна с психопатологическими проявлениями неврозов и психопатий. В отличие от шизотипического расстройства неврозы являются непрогредиентными психогенными заболеваниями и возникают вследствие длительно существующих внутриличностных конфликтов. Психотравмирующая ситуация в данном случае является условием декомпенсации личностных черт, изначально характерных для пациента, в то время как при шизотипическом расстройстве наблюдается преобразование, видоизменение исходных черт личности и нарастание таких типичных для шизофрении черт характера, как безынициативности, монотонность, аутизм, равнодушие, склонность к бесплодному рассуждательству и отрыву от реальности. В отличие от шизотипических расстройств психопатии характеризуются стабильностью, их проявления формируются в раннем детстве и стойко сохраняются без существенных изменений в течение всей жизни. Для дифференциальной диагностики с шизоаффективными расстройствами необходимо наличие у пациента психотических приступов, проявляющиеся одновременно выраженными эмоциональными расстройствами (депрессия, мания) и галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, типичными для шизофрении.

Для исключения органического поражения головного мозга рекомендовано применение методик нейровизуализации (КТ, МРТ, ЭЭГ). Для исключения соматической патологии необходим анализ лабораторных данных, включая тесты на наличие ПАВ.

V. Терапия

Известно, что лечение больных с непсихотическими аутохтонными расстройствами зачастую сопряжено с большими трудностями. Это связано с тем, что общие терапевтические подходы к таким пациентам, учитывая близость их психопатологических симптомокомплексов к личностным формам реагирования, с одной стороны, и психотическим проявлениям аутохтонных психических расстройств, с другой, заключаются в обязательном комплексном лечебно-восстановительном подходе, а именно в следующем.

1. Дифференцированное и, как правило, более многоаспектное и одновременно более широкое, чем при психотических формах заболевания, использование психофармакологических препаратов. В настоящее время вопрос фармакотерапии непсихотических аутохтонных психических расстройств можно с определенной долей уверенности считать одним из самых сложных, противоречивых и мало разработанных в клинической психиатрии. Этому способствует ряд обстоятельств. Необходимо признать, что психофармакологическая доступность в группе пациентов с непсихотическими аутохтонными психическими расстройствами оказывается меньшей, чем при манифестных психических заболеваниях. Это может быть связано с атипичностью структуры психопатологического состояния, в котором сложно переплетается симптоматика различных регистров (аффективная, процессуальная, невротическая). Кроме того, в структуре непсихотических аутохтонных психических заболеваний регистрируется широкая представленность личностных нарушений, которая не только усложняет картину заболевания для клинической диагностики, но и неблагоприятно влияет на результативность терапии. Наконец, при неглубоких психопатологических нарушениях спектр психопатологических проявлений отличается стертой, монотонностью, атипичностью, что ассоциируется с плохим терапевтическим прогнозом при использовании ПФТ.

Кроме того, пациенты с подпороговыми аутохтонными расстройствами более чувствительны к побочным эффектам ПФТ. Возможно, в ряде случаев это определяется резидуальной органической или сосудистой патологией. Но необходимо принимать во внимание и то, что пациенты склонны к фиксации и вторичной переработке возникающих при лечении побочных эффектов. Особое значение это приобретает в группе больных с ипохондрической симптоматикой, проявлениями соматизированной тревоги, наличием панических атак. Появление побочных эффектов (в том числе адаптационных) в таком случае оказывается тесно вплетаемым в спектр болезненных нарушений и влечет за собой отказ от лечения.

2. В случаях непсихотических психических расстройств, когда помимо психопатологических проявлений имеется большой удельный вес личностных нарушений, полного устранения болезненных симптомов достичь практически невозможно. Понимание этого ограждает врача от стремления использовать весь арсенал психофармакологических средств, с тем чтобы, манипулируя ими, добиться полного устранения симптомов; такая тактика в ряде случаев может оказать негативный эффект на результативность лечения. К тому же такой подход имеет в основе ошибочное одностороннее представление о природе психических расстройств и связан с недооценкой личностных факторов в фиксации психопатологических картин и в компенсации остаточных расстройств. Кроме того, такая тактика порождает неправильную ориентацию больного и его близких относительно ожидаемых результатов терапии.

3. В результате, с учетом специфических особенностей непсихотических аутохтонных психических нарушений, выбор терапевтического подхода представляет большие трудности, что определяется сложным взаимодействием эндогенных, невротических и личностных расстройств.

При выборе лекарственных препаратов следует руководствоваться характером преобладающей психопатологической симптоматики. Можно применять не только антипсихотическую терапию, но и транквилизаторы и антидепрессанты. Значение

антипсихотической терапии возрастает при преобладании нарушений мышления и социально-трудовой дезадаптации, нарастании негативной симптоматики. Рекомендованы препараты пролонгированного действия в малых дозах, стимулирующие антипсихотики, атипичные антипсихотики. Значение транквилизаторов и антидепрессантов возрастает при преобладании аффективной симптоматики в виде суточных колебаний настроения, депрессии, тревоги.

Немедикаментозные методы лечения: используются психотерапевтические методики, тренинг социальных навыков, семейное консультирование.

4. При составлении лечебного плана важно иметь в виду, что существует большое количество исследований, демонстрирующих ранний отказ от терапии у пациентов с непсихотическими нарушениями, даже в случаях применения психотерапевтических методик. Наиболее частыми предикторами отказа от терапии являются: молодой возраст, наличие нарушений пищевого поведения и отсутствие терапевтического альянса. Это определяет важность разработки специальных программ для повышения приверженности к терапии пациентов с непсихотическими аутохтонными расстройствами. Родственники больных должны быть хорошо информированы об особенностях действия психотропных средств, возможных побочных явлениях и мерах, рекомендуемых в случае их возникновения. В условиях некруглосуточного наблюдения, являющихся достаточно частыми при терапии пациентов с непсихотическими расстройствами, это позволяет, с одной стороны, раньше обнаружить те или иные осложнения, а с другой – избежать формирования семейной негативной установки по отношению к проводимому лечению.

5. Комплексное персонализированное психотерапевтическое воздействие, понимаемое как инновационный метод лечения на основе индивидуальных биопсихосоциальных и функциональных особенностей пациента и включающее в разном соотношении психообразовательные, когнитивно-поведенческие, психодинамические методы и, во многих случаях, семейную психотерапию. При этом необходимо помнить, что психотерапия при аутохтонных расстройствах, в том числе при непсихотических проявлениях заболевания, имеет своей целью не «окончательное» излечение пациента, а приобретение им нового опыта существования с психической болезнью как проблемой, не поддающейся полному устранению и доступной только ограниченному сознательному регулированию. Таким образом, речь идет об адаптации прежнего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта пациента к его функционированию в условиях периодической или постоянной психической дезинтегрированности.

Дальнейшее ведение больного. Шизотипическое расстройство может протекать как непрерывно, так и в форме приступов. Однако типологическое разделение поэтому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку в большинстве случаев приступы сочетаются с вялым непрерывным течением. Это обстоятельство обуславливает необходимость длительного проведения комплекса лечебно-восстановительных мероприятий, подчиненных задачам прогресса личностной независимости больных и их социального функционирования, что приносит надежду не только самим пациентам, но и членам их семей.

При этом, как представляется, в соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе непсихотических психических расстройств основными критериями выбора лечебного учреждения для проведения реабилитационных мероприятий должны служить:

- а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного;
- б) личностные характеристики пациента, соучаствующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации - с другой;
- в) особенности социальной ситуации больного.

В зависимости от сочетания этих факторов больные могут наблюдаться и получать лечение или амбулаторно (в специальных подразделениях поликлиник или в психоневрологических диспансерах), или в условиях специализированных стационаров (полустационаров, центрах реабилитации при диспансерах, круглосуточных стационарах).

VI. Прогноз

При адекватном многолетнем лечении непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках невротизированных/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию. Однако так называемое шизофреническое слабоумие – дефектное состояние с выраженными шизофреническими изменениями личности - не бывает исходом болезни. Отмечаются лишь:

а) сужение круга интересов с нарастающей спонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности;

б) постепенное уплощение аффекта и исчезновение желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия;

в) появление грубых когнитивных нарушений.

В целом, прогноз шизотипического расстройства зависит от психопатологических особенностей клинической картины, соотношения позитивных/негативных проявлений заболевания, комплексности и планомерности предпринимаемых терапевтических усилий (ПФТ, психотерапия, социотерапия) на разных этапах его течения.

Вместе с тем можно указать на две особенности этого расстройства:

1) значительная диссоциация между клиническим (психопатологическим) и социальным восстановлением;

2) многочисленные госпитализации в психиатрический стационар, обусловленные социальной дезадаптацией.

VII. Вывод

Изучение психопатологии малопрогрессирующих форм шизофрении остается одной из наиболее актуальных проблем клинической психиатрии.

Шизотипическое расстройство ассоциировано со значительными функциональными нарушениями и представляет сложности для клинической диагностики и лечения. Детальное изучение психопатологической симптоматики позволяет выделить различные клинические варианты расстройств, наблюдаемых на начальных этапах заболевания. Продуктивная психопатологическая симптоматика, наблюдающаяся в рамках шизотипического расстройства, отличается значительным полиморфизмом и в подавляющем большинстве случаев исчерпывается симптоматикой наиболее легких регистров.

Помимо трудностей диагностики, данное расстройство существенно неблагоприятно влияет на социальное функционирование больных, снижая качество их жизни, в некоторых случаях – требует многочисленных госпитализаций в психиатрический стационар. Кроме того, на новом этапе развития психофармакотерапии, в эру распространенности атипичных антипсихотиков, требуют своего уточнения аспекты не только диагностические, клинко-прогностические, но и терапевтические – выбор оптимальных схем лечения неврозоподобного синдрома при шизотипическом расстройстве. Особое значение в этой связи приобретают такие возможности атипичных нейролептиков, как их способность существенным образом положительно влиять на негативную симптоматику.

У большинства больных отмечается склонность к неблагоприятному (безремиссионному) течению заболевания и стойкость клинических проявлений, что приводит к существенному снижению качества жизни и определяет наименее благоприятный клинко-социальный прогноз. Это говорит о том, что отсутствие развернутой психотической симптоматики и грубых изменений личности в рамках шизотипического расстройства не всегда свидетельствует о «мягкости» течения и благоприятном прогнозе заболевания. Преобладание неспецифических расстройств, а также негативный имидж психиатрии являются причинами несвоевременного обращения за психиатрической помощью. Кроме того, психопатологические особенности заболевания (наличие астенических, вегетативных, соматизированных, ипохондрических, сенестопатических расстройств) обуславливают частое обращение пациентов за помощью в учреждения общемедицинской сети, что нередко приводит к его ошибочной диагностике и неадекватному лечению, существенно снижая качество жизни больных и усугубляя нарушения социальной адаптации.

В последнее время проблемы, возникающие у врача-психиатра в связи с рассматриваемыми случаями, не ограничиваются диагностическими и экспертными сложностями. Применительно к этому контингенту больных все более актуальной становится разработка вопросов социальной реабилитации, совершенствования методов специализированной психиатрической помощи, а также терапии и преодоления резистентности к лечению.

VIII. Список литературы:

1. Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Аксенова И.О., Моргунова А.М., Ражева М.К. Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2018 год.
2. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020 год.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник для ВУЗов, -2-е издание, 2009 год.
4. Классификатор МКБ-10
5. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике, 2014 год.
6. Личко А.Е. Психопатии и вялотекущая шизофрения у подростков. Ранняя диагностика психических заболеваний. Киев. 1989
7. Н.Н. Иванец, Е.Н. Ефремова Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства, 2018 год
8. Аутохтонные непсихотические расстройства под ред. А.П. Коцюбинского, 2015 год.