

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 2 _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Воробьёва Дарья Викторовна _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ Шизотипическое расстройство _____

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	9/7
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично

Дата: «09» ноября 2022год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Воробьёва Д.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему

«Шизотипическое расстройство»

Выполнила: ординатор специальности «Психиатрия»
Воробьева Дарья Викторовна

Проверила: д.м.н., доцент Березовская Марина
Альбертовна

Красноярск, 2022

Оглавление

1.	Введение.....	3
2.	Определение понятия и состояния.....	5
3.	Этиология и патогенез шизотипического расстройства.....	7
4.	Классификация шизотипического расстройства.....	9
5.	Клиническая картина шизотипического расстройства.....	11
6.	Основные диагностические критерии.....	13
7.	Терапия шизотипического расстройства.....	15
8.	Прогноз.....	18
9.	Заключение.....	19
10.	Список использованной литературы.....	21

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 классификаций: мягкая шизофрения (Кронфельд А.С., 1928г.), непсихотическая шизофрения (Розенштейн Л.М., 1933г.), текущая без изменения характера (Кербикову О.В., 1971г.), микропроцессуальная, микропсихотическая (Гольденберг С.И., 1934г. – цит. по А.Б.Смулевичу, 2017г.), рудиментарная, санаторная (Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1934г.), медленно текущая (Озерцовский Д.С. 1950г.) 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 «F2х», 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.x) и относится к кластеру «А» личностных расстройств (вместе с параноидным и шизоидным расстройством личности).

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 (2009г.) 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 МКБ-10, занимает существенное место и удельный вес в структуре аутохтонных заболеваний.

Распространённость шизотипического расстройства, по данным разных авторов, составляет от 16,9 - 20,4% (среди всех больных с расстройствами шизофренического спектра).

Актуальностью рассмотрения шизотипических расстройств является то неопределенное положение, которое они занимают в современных классификациях психических заболеваний, а также их недостаточная научная разработка и высокая медико - социальная значимость в современной психиатрии.

Определение понятия и состояния

Переходные непсихотические психопатологические расстройства - это обширная группа расстройств, протекающих с выраженной психосоциальной дезадаптацией и сопровождающихся неврозоподобными расстройствами, практически никогда не достигающих психотического уровня. Для переходных состояний характерны - большой вклад психогенных факторов в возникновение и декомпенсацию болезненных нарушений и отсутствие прогрессирующего изменения личности.

Термин «переходный» указывает на особый статус этих состояний, с одной стороны, имеющих признаки, сходные с конституциональными расстройствами личности, а, с другой - с аутохтонными психическими расстройствами. В эту группу включаются разнообразные по этиологии, патогенезу и прогнозу расстройства, объединенные общими особенностями развития клинической картины.

Исторически наиболее тяжелые расстройства этого спектра рассматривались как продромальные или начальные стадии психотических психопатологических состояний и включали шизотипическое расстройство, пограничное и шизоидное расстройство личности.

Генетическая связь шизотипического расстройства и расстройств личности кластера А (DSM-V) с шизофренией показана достаточно убедительно при использовании близнецового и семейного генетических методов. Также имеются исследования, указывающие на высокую коморбидность данных состояний: 24% больных с установленным диагнозом шизофрении вне психоза в исследовании продемонстрировали наличие хотя бы одного диагностического критерия для указанных выше расстройств, что превышает распространенность расстройств личности кластера А и шизотипического расстройства в общей популяции. Показано наличие перекрестных биологических маркеров для шизофрении и шизотипического расстройства, особенно в случаях диагностики шизотипического расстройства у родственников пациентов с установленным диагнозом шизофрении. Такое «промежуточное» положение переходных непсихотических расстройств шизофренического спектра придает определенную сложность диагностике и лечению этих заболеваний. В связи с тем, что определенное количество пациентов с шизоидным и шизотипическим расстройствами личности имеют шансы в будущем получить диагноз «шизофрения», диагностика таких больных должна быть наиболее комплексной. Кроме того молодые люди в возрасте до 25 лет с диагнозом «Шизотипическое расстройство» имеют весьма серьезные симптомы, указывающие на раннее формирование нейрокогнитивного и личностного дефицита.

Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения) - это малопрогредиентный эндогенный процесс с преобладанием негативных расстройств, не достигающих глубины конечных состояний, либо преимущественно с позитивными расстройствами, имеющими сходство с расстройствами пограничного уровня в виде obsessions, соматоформных, конверсионных, диссоциативных, непсихотических аффективных состояний, сверхценных образований (Смулевич А.Б., 2003г.).

Шизотипическое расстройство (вялотекущая, неврозоподобная, психопатоподобная шизофрения) - это психическое расстройство, в картине которого на всем протяжении преобладают невротические и психопатические нарушения. Основные симптомы, присущие прогредиентным формам шизофрении, остаются неотчетливыми: не приходится видеть ни выраженного эмоционального оскуднения, ни заметного падения активности, ни очевидных нарушений мышления (Личко А.Е., 1985г.).

Этиология и патогенез шизотипического расстройства

Не установлены факторы, являющиеся необходимыми и достаточными для возникновения шизофренического расстройства.

Согласно модели стресс - диатеза для возникновения заболевания необходимо наличие и специфическая уязвимость индивидуума (диатез) и действие стрессора окружающей среды.

Шизофренический диатез может быть обусловлен биологически (генетическая предрасположенность), а также сформирован как биологическими факторами, так и социальными. В 75% случаях шизофрении не выявляются внешние

На данный момент шизофреническое расстройство считается полиэтиологичным заболеванием, на течение которого оказывают влияние психосоциальные и другие факторы.

Генетическая теория шизотипического расстройства

Генетический фактор обуславливает уязвимость к расстройствам шизофренического спектра. Среди пациентов часто отмечается семейная предрасположенность к шизофреническим расстройствам. Риск заболеть прямо пропорционален степени родства и количеству больных в роду.

Установлено, что если больны оба родителя, то риск заболевания у ребенка составляет 50%, если болен один из них - 5%. Конкордантность шизотипических расстройств у однояйцевых близнецов составляет 50%.

На данный момент установлено, что наследуется не болезнь, а предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики.

Дофаминовая теория шизотипического расстройства

Наиболее известной нейрхимической гипотезой является концепция гиперактивности дофаминовых систем при шизофренических расстройствах.

Препараты, блокирующие дофаминовые рецепторы, наиболее эффективны в купировании шизофренической симптоматики.

Установлено, что избыток дофамина в центральных областях головного мозга обуславливает продуктивные расстройства при шизофренических расстройствах, тогда как дефицит дофамина в лобных долях - негативную симптоматику.

Нейроморфологические нарушения при шизотипическом расстройстве

Нейроморфологические исследования выявляют диффузные, неспецифические дегенеративные изменения в передних лимбических отделах мозга и базальных ганглиях.

У 5-50% больных шизофреническими расстройствами отмечаются расширение боковых и третьего желудочков, у 10-35% - атрофия коры головного мозга.

Данные ЭЭГ указывают на то, что повышенная чувствительность больных к сенсорной стимуляции сопровождается торможением переработки информации на высшем корковом уровне.

Психоаналитическая теория шизотипического расстройства

Психоаналитическая гипотеза происхождения шизофренических расстройств связана с представлениями о симптомах как попытке компенсации неудовлетворенных желаний и нарушенных отношений.

В современных психоаналитических концепциях этиологическим фактором шизофренического расстройства считаются дефицитарные отношения с родительскими фигурами в раннем детском возрасте.

Результатом этих отношений является невозможность своевременного выхода из симбиотических отношений (как правило, с матерью), сопровождающихся недостаточной самостоятельностью, низким уровнем самооценки и коммуникативными нарушениями.

Классификация шизотипического расстройства

Выделяют шизотипическое расстройство с преобладанием *негативных* и с преобладанием *позитивных* расстройств.

К первому относят - простую или «бедную симптомами» шизофрению, шизофрению с преимущественно астеническими расстройствами, ценестетическую шизофрению.

Ко второму типу относят - обсессивно-фобическую, истерическую, ипохондрическую, деперсонализационную формы вялотекущей шизофрении.

Клинические варианты шизотипического расстройства

(Тиганов А.С., 1999г.)

1. Обсессивно - фобический вариант
2. Деперсонализационный вариант
3. Истерический вариант
4. Простой вариант

Клинические варианты шизотипического расстройства

(Смулевич А.Б., 2009г.)

1. Шизотипическое расстройство с навязчивостями
2. Шизотипическое расстройство с истерическими проявлениями
3. Шизотипическое расстройство с деперсонализацией
4. Ипохондрический вариант шизотипического расстройства (небредовая ипохондрия).
5. Паранойяльный вариант шизотипического расстройства
6. Шизотипическое расстройство с преобладанием аффективных расстройств.

Классификация шизотипического расстройства по МКБ-10

Класс	F00 - F99	Психические расстройства и расстройства поведения
Блок	F20 - F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
Рубрика	F21	Шизотипическое расстройство
Код	F21.1	Латентная шизофрения, включает: -Предпсихотическая шизофрения -Продромальная шизофрения
	F21.2	Шизофреническая реакция
	F21.3	Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения
	F21.4	Псевдопсихотическая (психопатоподобная) шизофрения
	F21.5	«Бедная симптомами» шизофрения
	F21.8	Шизотипическое расстройство личности
	F21.9	Шизотипическое расстройство неуточненное

Клиническая картина шизотипического расстройства

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 малопрогрессивных 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 малопрогрессивном течении. Результатом такого подхода является заключение о том, что не только при психотических формах шизофрении, но и в условиях малопрогрессивного аутохтонного процесса формирование вариантов заболевания протекает по типу «позитивной» и «негативной» шизофрении.

Также, как и шизофренические психозы, шизотипическое расстройство может протекать как непрерывно, так и в форме приступов, 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.

Основные диагностические критерии

Шизотипическое расстройство – это расстройство характеризуется чужаковатым 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:

- 1) Неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными.
- 2) Поведение или внешний вид - чужаковатые, эксцентричные или странные.
- 3) Плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности.
- 4) Странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами.
- 5) Подозрительность или параноидные идеи.
- 6) Навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием.
- 7) Необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация.
- 8) Аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности.
- 9) Эпизодические транзиторные квазипсихотические 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 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.

Наряду с перечисленными выше признаками может проявляться стойкими обсессивно-фобическими 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.

Терапия шизотипического расстройства

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 щадящее, 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 стертостью, монотонностью, атипичностью, что ассоциируется с плохим терапевтическим прогнозом при использовании психофармакотерапии.

Кроме того, пациенты с подпороговыми аутохтонными расстройствами более чувствительны к побочным эффектам психофармакотерапии. 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 психопатопатологической 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 инструктированы об особенностях действия психотропных средств, возможных побочных явлениях и мерах, рекомендуемых в случае их возникновения.

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.

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:

1) Характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного.

2) Личностные характеристики пациента, соучаствующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации - с другой.

3) 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).

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 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:

1) Сужение круга интересов с нарастающей спонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности.

2) Постепенное уплощение аффекта и исчезновение желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия.

3) 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 (психофармакотерапия, 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.

Заключение

Таким образом, изучение психопатологии малопрогредиентных 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 общей медицины

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.

Список использованной литературы

1. «Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы». Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Аксенова И.О., Моргунова А.М., Ражева М.К. // методические рекомендации, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2019г.
2. «Психиатрия»: Научно-практический справочник / Под. ред. Академика РАН Тиганова А.С. - М.: ООО «Издательство», 2020г.-608с.
3. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. «Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике», 2018 год.
4. Д.Ф. Хритинин «Лекции по психиатрии и наркологии». Издательство: БИНОМ, 2019г.
5. Незнанов Н.Г., «Психиатрия» (Электронный ресурс): учебник Н.Г. Незнанов - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2021г.
6. Менделевич В. Д. Психиатрия: учебник/ В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. – Изд. 3-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020г. – 412с.
7. Н.Н. Иванец, Е.Н. Ефремова, «Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства», 2018 год
8. <http://www.psychiatry>.
9. Классификатор МКБ-10