

# Клинические формы шизофрении и расстройств шизофренического спектра

Читлова Виктория  
Валентиновна

К.м.н., доцент

# Шизофрения

*- психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.*

# Шизофрения

- **Наиболее инвалидизирующее из всех психических заболеваний; занимает 3 место среди заболеваний, сопряженных с инвалидностью, опережая параплегия и слепоту**
- **Оценивается как 5-я по частоте причина инвалидизации в США**
- **Сокращает продолжительность жизни больного в среднем на 10 лет**
- **Расходы здравоохранения, связанные с шизофренией, составляют в США 19 млрд долларов в прямом исчислении и 46 – за счет потери производительности труда**
- **Страдающие шизофренией в 10 раз реже получают работу и в 3-6 раз реже вступают в брак или имеют детей**
- **30% больных шизофренией хотя бы раз в жизни совершают суицидальную попытку; эндогенный процесс ассоциируется с 10% риском смерти вследствие самоубийства и других серьезных последствий для здоровья**

*Ustün et al., 1999  
Murray, Lopez, 1996  
Trumbetta, Mueser, 2001  
Cook, Razzano, 2000  
Lehman et al., 1998  
Radomsky et al., 1999*

# Эпидемиологические данные

(по данным ВОЗ)

## Болезненность:

шизофрения - 1 %

шизотипическое расстройство личности - 1-4%

шизоаффективное расстройство – 0.7%

атипичные психозы и бредовые расстройства – 0.7%

**Заболеваемость:** шизофрения- от 0.11 до 0.7

**Гендерные соотношения:** мужчины\женщины – 8.2\8.8

(по показателям заболеваемости)

# Биологические теории

## 1. Дофаминовая (A.Carlsson et M.Linquist; 1963)

T.J. Crow (1980) – выделение двух клинко-биохимические типа шизофрении

1 тип – с преобладанием позитивных расстройств (гиперактивность постсинаптических рецепторов дофаминергической системы)

2 тип – с преобладанием негативных расстройств (недостаток дофаминергических нейронов, особенно в префронтальной коре).

## 2. Серотониновая

## 3. Глутаминергическая

4. Иммунологическая (способность организма вырабатывать антитела к антигенам собственных тканей, в частности к тканям мозга).

5. Дизонтогенетическая (возникновение шизофрении под влиянием генетических, токсических, вирусных и др. факторов в пренатальном периоде)

# Дофаминовая гипотеза шизофрении

Мезокортикальный путь -  
обучение и память

**Снижение активности:**  
негативная симптоматика,  
когнитивные нарушения

Мезолимбический путь -  
эмоции

**Повышение активности:**  
продуктивная симптоматика



Тубероинфундибулярный путь -  
регуляция пролактина

Нигростриарный путь -  
двигательная регуляция

# Генетическая/средовая нейро-эволюционная модель шизофрении

12,5%  
родственники  
3-й степени

25%  
родственники  
2-й степени

50%  
родственники  
1-й степени

100%

Общие  
гены



# Эмиль Крепелин



(1856-1926)  
Тюбинген, Дерпт  
(Юрьев), Мюнхен

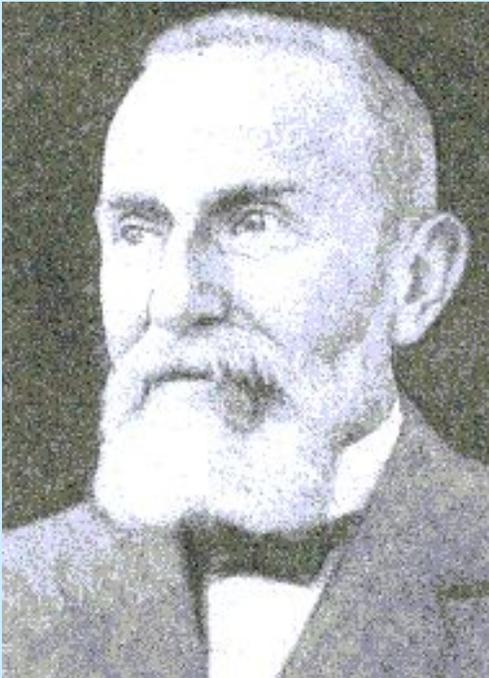
Создание нозологической классификации психических болезней.

Отграничение естественных нозологических единиц по принципу закономерностей течения и исхода.

Дихотомическое подразделение эндогенных психических болезней: **раннее слабоумие** - маниакально-депрессивный психоз.

Разработка типологии конечных состояний.

# Эуген Блейлер



(1857-1929)

Цюрих

**1911 - создание концепции шизофрении.**

Автор придерживается нозологической

системы Крепелина, но основное значение

придает не критерию течения,

а психологической, основанной на

психоанализе трактовке психопатологической

симптоматики.

**1916 - исследования в области органической**

**психопатологии (клиника афазий, выделение**

**органического психосиндрома).**

Работы в области судебной психиатрии,

а также организации трудовой терапии

и патронажа, реабилитации психически

больных.

# Формы течения шизофрении [А.В.Снежневский, 2004] 1

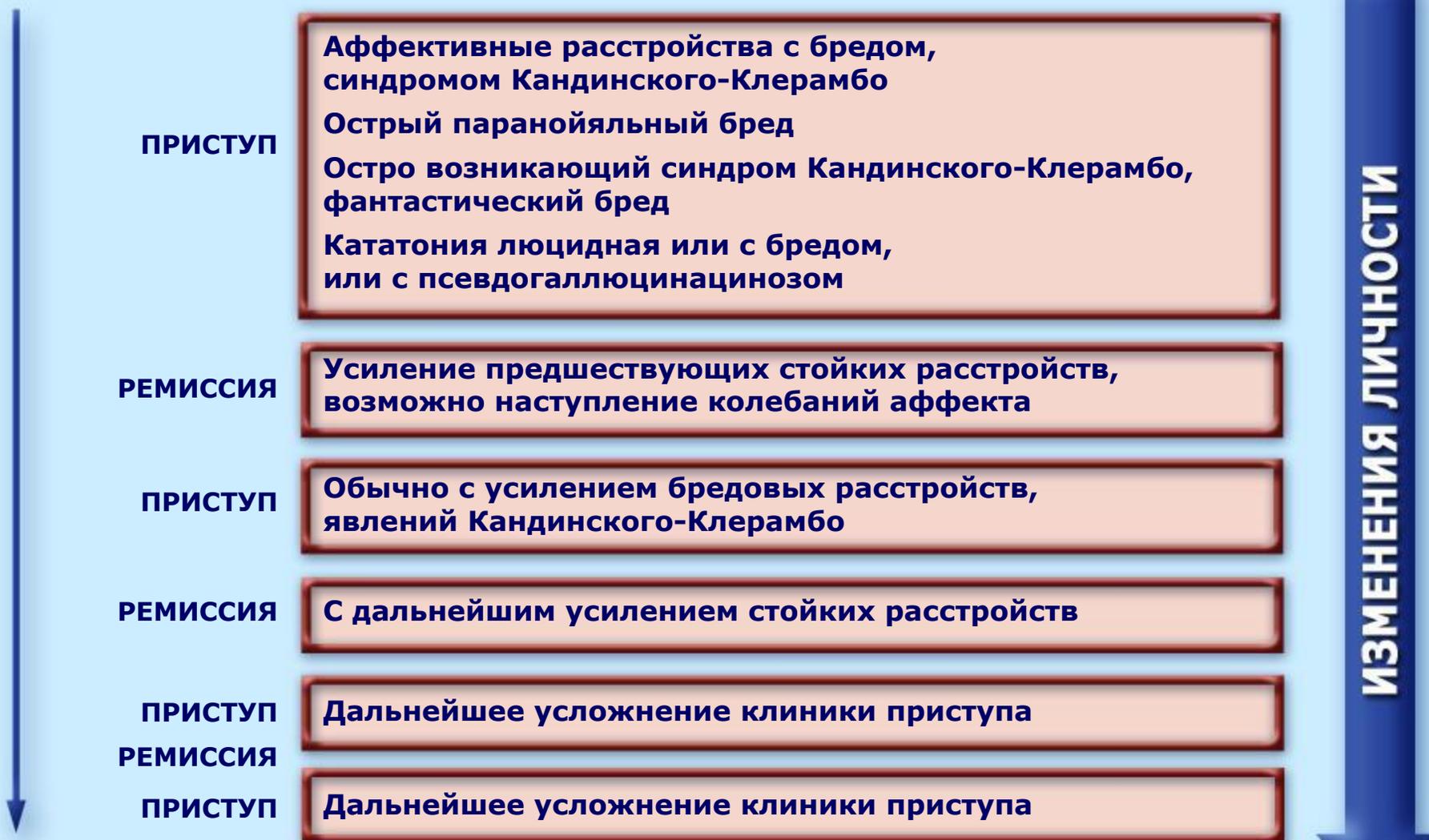
## Непрерывно-поступательное



# Формы течения шизофрении [А.В.Снежневский, 2004] <sup>2</sup>

## Перемежающе-поступательное (в формы сдвигов или «шубов»)

Предшествующие изменения личности, обычно с явлениями навязчивости и паранойяльными, сверхценными стойкими образованиями, ипохондрией, сенестопатией



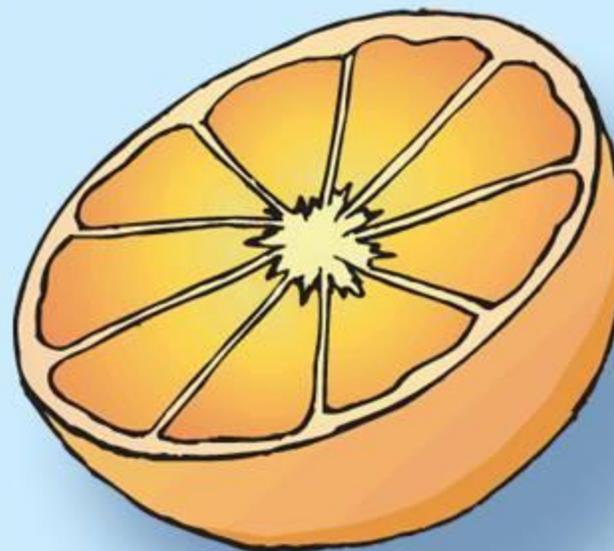
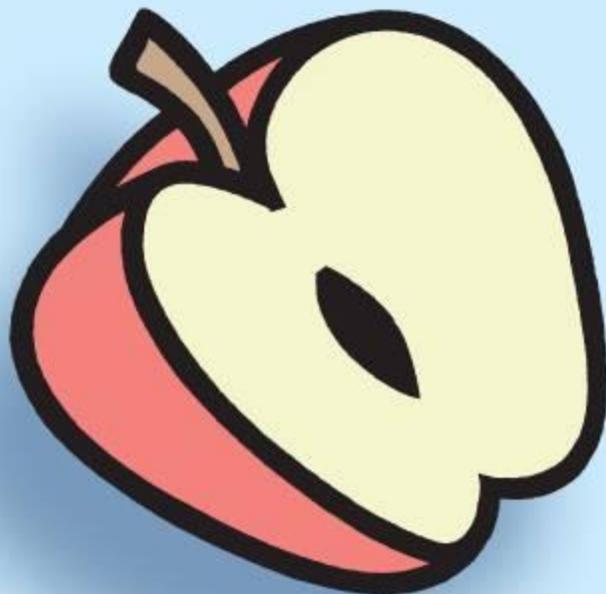
Чередование приступов и ремиссий нерегулярное. При начале болезни в юношеском возрасте возможно дальнейшее сплошное течение с переходом в конечное состояние

# Шизофрения:

Психопатологическое  
единство

Дименсиональное  
множество

или



# Модели шизофрении

## КАТЕГОРИАЛЬНАЯ



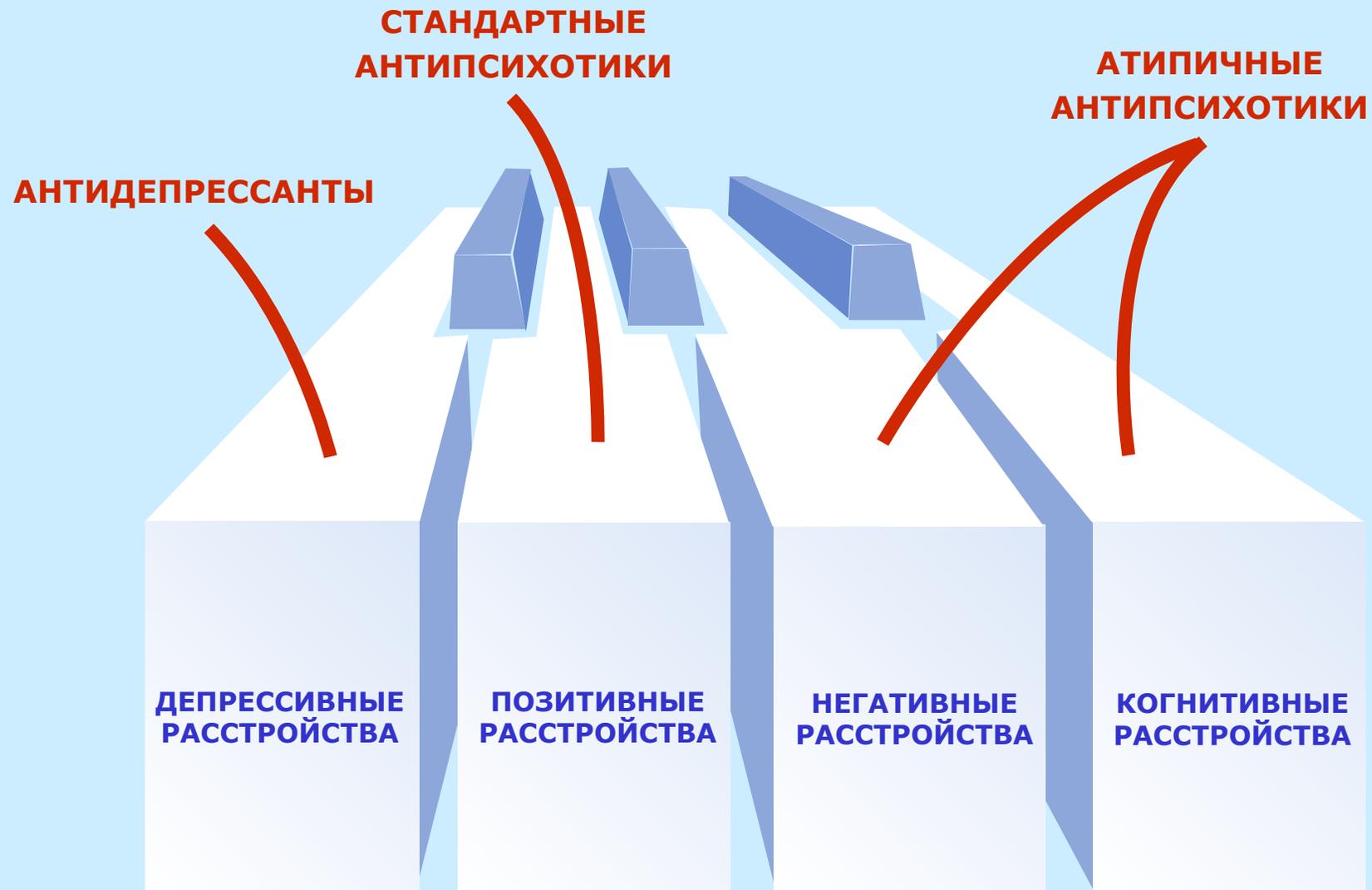
*Kraepelin E., 1896*

## ДИМЕНСИОНАЛЬНАЯ



*Andreassen N.C., 1982; Crow T.J., 1985; Kay S.R., 1989; Meltzer H.Y., 2004*

# Психофармакотерапия – инструмент тестирования двумерной модели



# Концепция позитивной – негативной шизофрении

(N. Andreasen, 1979, 1986; T.G. Crow, 1980, 1985; M.R. Trimble, 1986; H. Sass, 1989; С.Н. Мосолов, 2000)

Основана на клинических, нейропсихологических, нейрохимических и нейроморфологических исследованиях



# Соотношение позитивных и негативных расстройств с прогрессивностью шизофрении

**ПОЗИТИВНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА**

**НЕГАТИВНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА**

Манифестация/  
экзацербация  
эндогенного  
процесса

Медленное  
поступательное  
движение  
эндогенного  
процесса

# ШИЗОФРЕНИЯ (F-20) В МКБ-10

Общие критерии для типичных форм (F20.0-F20.3): параноидной, гебефренической, кататонической, недифференцированной.

- Длительность психотического эпизода не менее месяца.
- Минимум один из следующих признаков: «эхо», вкладывание, отнятие или открытость мыслей; бред воздействия; комментирующие галлюцинации; стойкие бредовые, культурально неадекватные идеи (идентификация себя с религиозными, политическими деятелями, фантастический бред).
- Или минимум два из следующих: хронический галлюциноз с несистематизированным бредом, расстройства мышления (неологизмы, обрывы мыслей), кататонические симптомы и негативные расстройства (речевое обеднение, выраженная апатия, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций).

# Место шизофрении в МКБ-10

**Диагностический класс**

**Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20 - F29)**

**Разряд 1**

**Рубрика**

**(F20)  
Шизофрения -**

***преимущественно  
крепелиновские  
формы***

**(F20.0) Параноидная**

**(F20.1) Гебефреническая**

**(F20.2) Кататоническая**

**(F20.3) Недифференцированная**

**(F20.4) Постшизофреническая депрессия**

**(F20.5) Резидуальная (*остаточная*)**

**(F20.6) Простая**

**(F20.8) Другой тип: *ипохондрическая,***

***сенестопатическая, детская,***

***шизофреноформный психоз,***

***шизофреноформные расстройства***

# Схема распределения крепелиновских форм в рамках позитивной и негативной шизофрении



## ЭТАПЫ ПАРАНОИДНОГО БРЕДА (БРЕД С СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭВОЛЮЦИЕЙ по V. Magnan, 1891)

**Паранойяльный** – интерпретативный, высокосистематизированный бред, возникающий по механизму «озарения» с последовательной цепью суждений, обоснований, выводов. Фабула различна (бред изобретательства, ревности, эротоманический, ипохондрический и др.). Протекает при ясном сознании без иллюзий, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств.

**Параноидный** – бредовые идеи утрачивают обыденность содержания. Тенденции развития: «миграция, защита, атака». Доминируют идеи преследования, отношения, отравления. Как правило, сопровождается присоединением галлюцинаторных расстройств и явлений психического автоматизма.

**Парафренный** – образные фантастические идеи величия, особой миссии, преследования. Сопровождается грандиозными по содержанию психическими автоматизмами, конфабуляциями, признаками бредовой ретроспекции (пересмотр прошлого в свете высокого, инопланетного происхождения, особой миссии и пр.).

## Пациент

К. Алексей Петрович, 55 л.,

художник

[инвалид 2 гр (бессрочно с 44 л.)]



**Наследственность:** психопатологически отягощена ПО  
ЛИНИИ ОТЦА:

**Отец** (сотрудник НКВД), известно, что в 37 л. покончил жизнь самоубийством, в день рождения младшего сына (пробанда). перерезав себе горло опасной бритвой во время депрессивного состояния.

ПАЦИЕНТ. Родился от нормально протекавшей беременности и родов, четвёртым ребёнком в семье. В раннем развитии не отставал. Детские страхи отрицает.

В школу пошёл 7 л, в коллективе держался обособленно, учился на «3»-«4» – хотя старательно выполнял домашние задания, выходя к доске, волновался и не мог ответить урок – испытывал дрожь в коленях, казалось, выглядит глупо, а выученный материал словно вылетает из головы.

Рос тихим, мечтательным мальчиком, был склонен к абстрактным размышлениям. Любил уединённое времяпровождение. В школьные годы проводил много времени в библиотеке, отдавая предпочтение книгам о войне и партизанах, представлял, что если бы жил в то время, непременно стал бы разведчиком; смешивая мечты и реальность, с нетерпением ждал, когда же начнёт учить немецкий в школе.

Был привязан к матери, помогал ей по хозяйству. Неотлучно был с ней во время обострения ревматизма. Сам испытывал ноющие и покалывающие ощущения в коленях. В дальнейшем также внимательно относился к своему здоровью – в возрасте 17-19 л. пристально разглядывая себя в зеркало, отмечал наличие «мешков под глазами», казалось, отёчность лица портит внешний вид, никаких мер по устранению мнимого недостатка не предпринимал.

В подростковом возрасте по характеру не менялся. С 12 до 14 л. обучался в школе-интернате по инициативе работников социальной службы (т.к. мать-одиночка растила 4 детей). Подавленности не испытывал, хотя и скучал по матери, находил утешение в чтении и уходе за птицами в интернатской голубятне.

По окончании 8 классов по настоянию матери поступил в ПТУ, который окончил в 19 л. по специальности слесарь-ремонтник холодильных установок. Проработав 8 мес. на производственном комбинате, был призван в армию.

На втором году службы (21 г.) отметил, что стал более утомляемым, с трудом переносил физическую нагрузку. Исподволь снизилось настроение, стал ещё более замкнутым, возникло гнетущее ощущение надвигающейся беды, казалось, «что-то должно случиться». Получив в это время известие о смерти матери, воспринял его так, словно предчувствовал, что это произойдёт, казалось, «открылся дар предвидения». Воспринимал окружающее в мрачных тонах, всё казалось угрожающим, пугающим. Во время похорон был молчаливым, малоподвижным, погружённым в себя. По возвращении в гарнизон на фоне усугубившейся подавленности начал размышлять о смысле жизни, искать своё место в мире, причём мысли о смерти матери беспокоили в меньшей степени; пользуясь снисхождением командования, уходил в поле и сидя неподвижно подолгу любовался пейзажем, стал пытаться делать зарисовки, пытаюсь выразить своё состояние через красоту природы.

По возвращении в Москву проживал у сестры, продолжал рисовать. По настоянию сестры и братьев был отправлен на Украину к бабке под предлогом помощи ей; где также оставался мрачным, угрюмым, неразговорчивым. Вернувшись домой, узнал, что бабка умерла вскоре после его отъезда. Ощутил себя повинным в её смерти, мучительно вспоминал, что был груб с ней, отказался взять её с собой в Москву; высказывал мысли о бессмысленности дальнейшего существования.

Состояние, продолжавшиеся около года, обошлось без лечения – постепенно подавленность и гнетущее ощущение надвигающейся беды редуцировались. Казалось, словно «очнулся от кошмарного сна». Тогда же решил, что его призвание – живопись и в 22,5 г. поступил на подготовительные курсы художественного училища, исправно посещал занятия, ездил на этюды.

Отметил, что **после пережитого эпизода начал заметно меняться по характеру**: стал более общительным, раскованным – если ранее был застенчивым и молчаливым, то с того времени с лёгкостью знакомился с людьми, ухаживал за девушками. Появилась неутомимость, настойчивость, повышенный фон настроения.

После неудачного поступления в художественное училище снизилось настроение, появились неприятные ощущения в теле – покалывание в коленных суставах. Вновь обратил внимание на «мешки под глазами», высказывал недовольство «отёчной верхней губой», пытался самостоятельно лечиться настойками алоэ, обращался к терапевтам и ревматологам, требовал назначить инъекции витаминов, ходил от врача к врачу, пока не был госпитализирован в 1976 г. в НИИ психиатрии. Находился на лечении 3,5 мес. с DS «Депрессивно-ипохондрическое состояние», получал инсулиновые шоки, в течение 2-3 мес. после выписки боялся верёвок, острых предметов. После чего наступила ремиссия – в течение 5 л. в лечении не нуждался.

После выписки вернулся к живописи, перестал сожалеть, что не поступил в художественное училище, всё свободное время проводил в Третьяковской галерее и Пушкинском музее, самостоятельно изучал работы живописцев. Почувствовав «тягу к образованию» поступил в школу-экстернат, читал учебники даже на ходу, сбивая прохожих. Не тяготился тем, что намного старше одноклассников, за компанию с ними участвовал в шалостях и розыгрышах. Параллельно работая завхозом в художественном училище, без чувства дистанции давал советы преподавателям, среди которых уже тогда слыл чудаком. Часто стал проявлять бестактность в общении. Наряду с грубостью и прямолинейностью, появилась изысканная манерность – при всех мог начать читать стихи, делать галантные комплименты.

Чудачества и вычурность постепенно нарастали, что проявлялось неожиданно возникавшими идеями, тут же брался за их осуществление. Недолгое время работал на киностудии им. Горького бутафором, в театре Моссовета - работником сцены. В 26 л. по собственной инициативе отправился по небольшим городкам и деревням Украины, где нанимался художником-оформителем (изготавливал плакаты наглядной агитации), предлагал председателям колхозов свои грандиозные идеи по отделке красных уголков деревенских клубов. При этом не отличался избирательностью в еде, неприхотливостью в быту. Предпринял путешествие в Молдавию с целью изучения молдавского фольклора, добирался на попутных машинах. Таким же образом доехал до Казахстана, решив, что ему необходимо сделать зарисовки с натуры (имея в кармане всего рубль, за 4 дня преодолел 1160 км, расплачиваясь тем, что рассказывал водителям-дальнобойщикам о живописи, пересказывал биографии художников).

Взаимоотношения с женщинами также отличались неординарностью: лучшим способом признаться в любви считал телеграмму-молнию. Был женат дважды, оба раза на иногородних, которые, воспользовавшись его неприспособленностью и наивностью в бытовых вопросах, разменивали его жилплощадь без его ведома, так, что ему при этом приходилось жить в подсобном помещении шиномонтажной мастерской. Первый брак завершился через 2 недели после свадьбы по его инициативе, после того, как супруга позволила себе неуважительное высказывание, назвав картины мексиканских художников «мазнёй». С того времени при виде жены испытывал болевые распирающие ощущения в голове.

Вскоре после развода (31 г.) произошла экзацербация заболевания – был госпитализирован в ПБ № 4 в психотическом состоянии (ощущал «поступление энергии в голову», боли во всём теле, воздействие со стороны). Был поставлен DS – «Приступообразно-прогредиентная шизофрения».

После выписки в течение нескольких месяцев был утомляемым, апатичным, не работал, жил на иждивении сестры. В том же году госпитализировался в НИИ психиатрии ещё несколько раз, затем – практически ежегодно в ПБ № 14 и ПБ № 1 с параноидной симптоматикой и депрессивными состояниями. Считал, что за ним следят «органы», чтобы «подавить его как личность и как художника-практика». Строил вычурные концепции о том, что изучает природу через живопись с тем, чтобы познать себя, был взбудораженным, многоречивым, агрессивным. В один из маниакально-бредовых приступов заявлял, что чувствует воздействие из Космоса, слышал «голоса» («дружеский диалог») в голове; в один из приступов утверждал, что его родители – Рейган и Тетчер.

При этом нарастали изменения личности (становился всё более чудным), ремиссии становились короче – так, в ПБ № 14 госпитализировался в 1984, 1985, 1986 гг. в аффективно-бредовых состояниях. Болезненное состояние всегда возникало остро: испытывал страх, бредовые переживания, которые впоследствии помнил плохо – «всё было как во сне», «как в тяжёлом, драматическом мире, полном страха».

В 37 л. после конфликта со второй женой (та обвиняла его в том, что он «не мужчина» и во время разговора резко бросила трубку) его состояние резко изменилось – ощутил неприятные ощущения в теле, «всё бурлило, переливалось», возникло ощущение нехватки воздуха, тревога. Самостоятельно обратился в ПБ № 15, активно настаивал на госпитализации. Находился на лечении 1,5 мес., после нормализации состояния вернулся в семью.

В ответ на развод со второй женой развился острый психотический приступ: неподвижно в здании Ленинградского вокзала, на вопросы не отвечал,. При поступлении в ПБ № 2 им. О.В. Кербилова охотно сообщал о приступе, рассказывал, что тогда «имел свою *диплофическую* теорию», основанную на «*ипетическом подпровании* всего в окружающем мире», на основании чего может происходить смешение крови в организме женщины, если она живёт с двумя мужчинами, за счёт этого, у ребёнка может быть два отца. Настроение несколько месяцев оставалось повышенным с благодушным оттенком. Регулярно работал в ЛТМ, после выписки собирался трудоустроиться по специальности художником-оформителем.

После выписки нигде официально не работал, периодически подрабатывал в церкви художником-мозаичником, жил случайными заработками, деньгами, одолженными у друзей. Конфликтовал с соседями по коммунальной квартире. В 41 г. на фоне повышенной раздражительности стал отмечать появление неприятного запаха в кухне, решил, что соседи травят его газом, желая завладеть его жилплощадью. Самостоятельно пришёл в приёмный покой ПБ № 1 давал о себе крайне противоречивые сведения, высказывал идеи переоценки собственной личности. В отделении долгое время старался быть в центре общего внимания. На замечания персонала становился гневливым. В дальнейшем был намерен в ближайшее время связаться с Горбачёвым, Ельциным, Поповым.

Был переведён в ПБ № 2 для психохроников, где находился 8 мес. с DS «Приступообразно-прогредиентная шизофрения, аффективно-бредовый приступ». Получал лечение галоперидолом, аминазином, азалептином в высоких дозах, была оформлена **2 гр. инвалидности бессрочно.**

Ремиссия продолжалась 8 л, активно писал картины, выставлялся в Доме Художников, и других галереях; начал писать стихи. Заводил множество знакомств, участвовал в собраниях художников, во время которых поражал окружающих экстравагантными высказываниями, производил впечатление оригинала.

Перенес несколько экзацербаций за 2 года с 48 л., ощущал неприятные запахи, решил, что соседи опять «пускают газ через решётку», испытывал страх при нахождении в квартире, После выписки длительно (около 3 мес.) сохранялся страх, ощущение угрозы от людей.

Отметил, что стал более утомляемым. Начал экономить силы. Так, если во время «более активного периода жизни» – с 25 до 48 л. был полон идей, без усталости совершал поездки в другие республики, то с этого времени даже поездка до вернисажа и закупка продуктов вызывала желание прилечь днём отдохнуть. Стал мягче, «сентиментальнее» - завёл привычку по 2 раза в день названивать сестре и другу-художнику, читать им по 10-15 мин. свои стихи, советоваться в бытовых вопросах.

С 50 лет появились зимне-весенние ухудшения состояния – развивалась утомляемость, тревожность, начинал реже выходить из дома, из-за слабости не мог работать, переставал писать стихи. Все состояния обходились без госпитализации, редуцировались на фоне амбулаторного лечения в ПНД.

### **Психическое состояние:**

Выглядит старше своих лет, повышенного питания. добродушно улыбается. Одет в громоздкий потёртый полушубок и яркий женский шарфик, одежда чистая, однако явно не по размеру. Гладко выбрит. В ходе беседы выясняется, что уже более 10 л. носит те вещи, которые ему отдают собратья-художники, прослышав, что он практически все деньги тратит на холсты и краски. Не всегда успевает купить с очередной пенсии, например, зубную пасту или мыло; ожидая выручки продажи картин, может, например, намыливать руки кремом для бритья, из-за чего пальцы плохо отмываются и покрыты пятнами краски. На левой руке татуировка с его именем; смущенно рассказывает, что сделал её в армии.

Двигается суетливо, неловок. Голос громкий, речь ускоренная, крайне непоследователен, отмечаются выраженные нарушения мышления – соскальзывания, паралогичность, обрывы мыслей. События жизни излагает вперемешку, путается, просит подсказать. С собой приносит не только репродукции фотографии своих работ, но и картину – громоздкую, в массивной рамке. Просит разрешения почитать стихи, которые декламирует громко, изменив тембр голоса до неузнаваемости.

Часть бредовых переживаний амнезировал, вспоминает с трудом.

Настроение с некоторым подъёмом. Продуктивной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Жалоб не высказывает за исключением того, что недоволен качеством сна, считает его недостаточно глубоким. Аппетит не изменён, питается по заведённым им однажды правилам – «пища должна быть оптимально дешёвой и калорийной», поэтому в основном покупает шпик с хлебом и чай.

Внимательно относится к своему здоровью, сообщает, что летом текущего года ложился в клинику НЦПЗ в основном для того, чтобы его осмотрел квалифицированный кардиолог. Рассказывает, что в конце ежевечерней молитвы всегда просит Пресвятую Богородицу, чтобы та уберегла его сердце и лёгкие, а также другие органы, чтобы те работали «бесперебойно».

Отчётливо выделяет в своей жизни несколько периодов – до армии (когда был застенчивым, одиноким, тихим), после армии (когда «изменился в лучшую сторону» - «обрёл живопись, как самое ценное в жизни», стал общительным, раскрепощённым, более активным, неутомимым, стал ездить по стране, появилось множество идей). Период с 30 до 40 л., когда практически непрерывно находился в ПБ, называет временем болезни, а затем – с 40 до 48 – «нового, более зрелого творчества». С сожалением сообщает, что после последнего психотического эпизода (в 48 л.) стал «затухать», утомляться. Спрашивает, можно ли вернуть то состояние, которое было до последнего приступа. В подтверждение того, что изменился, демонстрирует картины двух разных периодов. (так, в «более активном периоде» использовал более спокойные пастельные тона, тогда как краски последних картин более интенсивны, а сами картины более абстрактны, присутствует много символических автопортретов).

Неоднократно благодарит за участие в его судьбе, высказывания носят высокопарный оттенок, перед уходом манерно раскланивается, приглашает посетить его выставку и «рабочую мастерскую» (однокомнатную квартиру).

## **Беседа с пациентом**

*Пациент приносит картину, входя в кабинет, представляется "Лёша Куценко, художник". Суетлив. Улыбается.*

А.Б.: у Вас картина и манера письма прямо как у Ван Гога!

А.К.: да, а меня так одна художница на вернисаже и называет "Лёша-Ван Гог"!

А.Б.: Когда же начали так ярко рисовать?!

А.К.: да года с 1997-го...

А.Б.: а что было в этом году, когда ложились к нам?

А.К.: да вот, были голоса, а депрессии не было...Но мысли о самоубийстве были! А после выписки настроение хорошее. Могу работать.

А.Б.: А когда плохое бывало?

А.К.: ну, когда денег не было

А.Б.: а что же Вы на Арбат не ходите не рисуете?

А.К.: да ходил я. Может, правда, больше чтоб общаться, ну и чтоб рисовать, конечно! Одевал костюм вельветовый белый и галстук, даже в жару. А потом появилась утомляемость от общения с людьми. Понял, что не для меня это. Ни за что не пойду больше! Усталость от общения с людьми, а в мастерской – спокойно!

А.Б.: да, только никто не покупает! Доход не тот!

А.К.: а я ещё договора заключал через райком партии!

А.Б.: какой ещё райком партии! это же было 100 лет назад!!!

А.К.: *(пускается в рассуждательство на тему того, что работать только ради денег нельзя, а то получится халтура).*

А.Б.: *(многозначительно обводит взглядом сотрудников...)* Поняли каков?! А где же Вы рисуете? Где мастерская у Вас?

А.К.: да на кухне моей 10 метров - ставлю на стол цветочки и рисую

А.Б.: а едите где же?

А.К.: тут же и ем: курочку варю – рублю на 4 части – и бульон, и мясо! и чай ещё... в стакане завариваю...

А.Б.: а что же в стакане? чайничка нет?

А.К.:\_есть чайничек, но и так вкусно.

А.Б.: а мясо покупаешь?

А.К.:\_да, покупаю. Вот прошу Олю или Алёшу – они в павильоне мясном всегда – они мне его рубят, а я варю и кушаю.

А.Б.: (*слегка иронично*) Значит, приготовление пищи у нас однотипно?

Порубить, воды в кастрюлю налить

А.К.:\_Нет! Фрукты беру всегда у Риты, на рынке. 2 апельсина съем, 2-3 яблока за день. Последнее время лепёшки пеку – муки в чашку насыплю, масла, воды – и на камфорку. Вкусно, правда!

А.Б.: то есть с едой проблем нету?

А.К.: с утра вот ем без аппетита – так, сало и хлеб, аппетит-то он часам в 2-3 появляется, вот с Вернисажа приезжаю и появляется. Ставлю на плиту – и потихоньку: ем-рисую, ем-рисую...

а вот ещё пельмени стал брать. Сварю и съем пачку.

А.Б.: Прямо всю?! За ужином?

А.К.: да нет, не за ужином, а когда придётся. А когда деньги есть – хожу в столовую при лицее

А.Б.: а если что заработаете, что купите? пир горой?

А.К.: (*улыбается, чуть смущённо*) когда что заработаю... на вернисаже есть одна Люба, она меня всегда бутербродами кормит, а я как заработаю – ей торт покупаю и мы вдвоём его едим!

А.Б.: да, а что ж не женишься?!

А.Куценко: без любви не могу! А влюбиться не в кого...

А.Б.: *(начинает вспоминать художников)* Да, а как Фальк тебе?

А.Куценко: *(осведомлён, может назвать по несколько картин каждого, ориентируется в периодах их творчества – демонстрирует познания высокого уровня)* Да если честно – не очень. Глазунов? Тоже не очень – он больше не художник, а политик. И Церетели тоже.

А.Б.: Всё-таки почему не женился-то потом, после твоих этих дам хищных, которые жилплощадь разменивали?

А.Куценко: Есть вот такая девушка Верочка, художник талантливый, но у нас с ней идейные расхождения

А.Б.: А планы-то какие?

А.Куценко: *(планы все его вокруг живописи вращаются)*

А.Б.: нда... значит, быт для нас не самое главное, важна работа! Скажите, когда всё началось? Когда стал таким, как сейчас?

А.Куценко: вот когда живописью стал заниматься. и когда мама умерла

А.Б.: а до этого?

А.Куценко: о нет, до этого другим был.

А.Б.: а простодушие это Ваше давно? жёны облапошивали...

А.Куценко: да я думаю, что если бы не занялся живописью, были бы жена, дети...

А.Б.: что ещё изменилось?

А.Куценко: да всё изменилось!

А.Б.: а отношения с людьми? а восприятие?

А.Куценко: очень изменились! стал читать Лорка, Поля Элюара... девушки говорили, "какие ты слова знаешь, Лёша"

А.Б.: в общем, стал идеализировать людей?! Расскажи про бред.

А.К.: да, бред был. Всё тогда отличалось от реальности. Почти 10 лет непрерывно было.

А.Б.: когда кончился этот период?

А.К.: в 48 л., когда познакомился с Г.И.

А.Б.: а последний приступ в 2005 – были голоса, но без бреда?!

А.К.: вот пропустил укол галоперидола, шёл по территории женского монастыря и слышал голос бабушки "вынь руки из карманов!" Вынул и испугался, что ж я делаю, это ж голоса! Посмотрел на бумажку – а она у меня всегда в паспорте лежит – а там написано "последний укол в декабре"! И бегом в диспансер бросился!

А.Б.: А вот едешь в транспорте, никто не смотрит косо?

А.К.: Нет, таких проблем нету! Схожусь теперь с людьми быстро, могу к любому подойти человеку, заговорить! Я это только после армии смог – когда стал другим человеком.

А.Б.: устаёшь?

А.К.: да, вот раньше мог рисовать по 5-6 часов, а с этими лекарствами 1,5-2 часа...

А.Б.: зато голосов нет! спишь как?

А.К.: ночью просыпаюсь: чаю попью, стихи свои почитаю, на картины посмотрю, и так 2-3 раза за ночь. А раньше – хуже. В 5 утра просыпался и вообще не спал. *Благодарит за внимание, раскланивается.*

# Разбор

**Статус** определяется дефектом по типу *Verschrobene*, что заключается в неравномерности, негармоничности всего склада личности (по **E. Bleuler**), прослеживается неверное понимание обстоятельств, странная манера держаться, субкататоническая диспластичность, искусственность в поведении, выпадающем из обычных рамок, регламентированность действий в течение дня.

Болен **приступообразно-прогредиентной Sch.**

В данный момент – **ремиссия**.

**Преморбид** – шизоидный.

**Манифестация** – в 21 г. – субпсихотическое состояние («дар предвидения», в поезде всё казалось «мрачным и угрожающим», философские рассуждения вместо горя по матери, идеи самообвинения). **Стертый шуб**.

**3 года ремиссия, стал «меняться»:** раскрепощаться, стеничность нарастала и нелепые идеи, затеи, появилась сверхценность – рисование.

В 25 л. – **шуб** – попал в ПБ с депрессивно-ипохондрическим состоянием, однако лечили-то его инсулиновыми шоками, значит не просто так депрессия была!

**5 лет ремиссия** – нарастают чудачества.

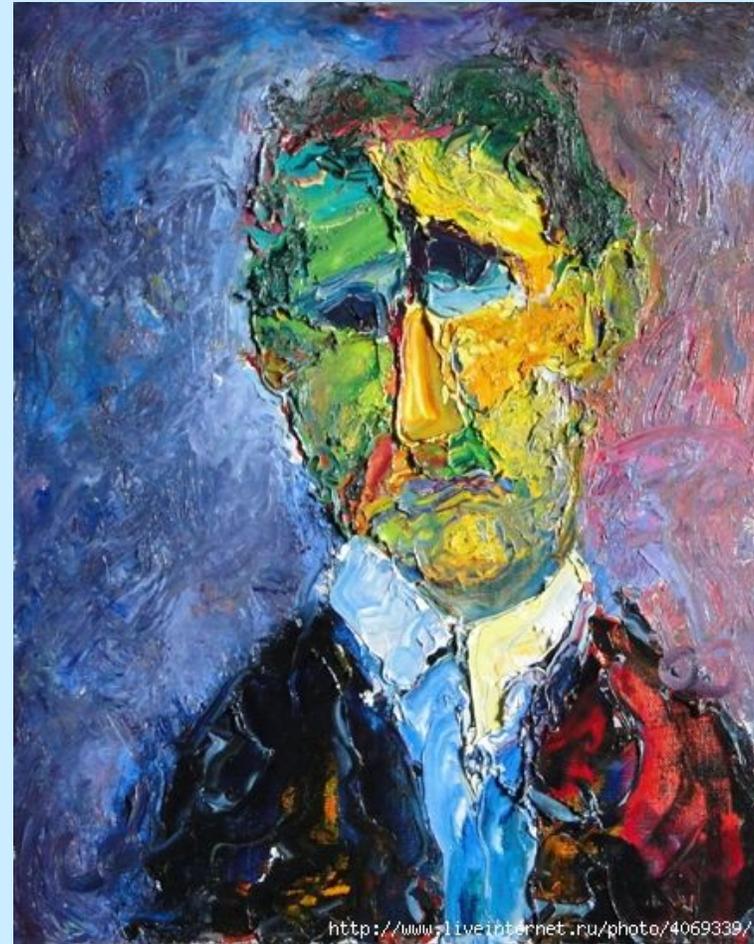
С 30 до 40 – **непрерывное течение**.

Затем ремиссия 8 лет. **За это время усугубление психопатоподобного дефекта.**

Последний шуб в 48 л. – **ремиссия стенического типа сменилась на астеническую**. Появилась рефлексия (сенситивность, утомляемость, самоощажение), зависимость от сестры.

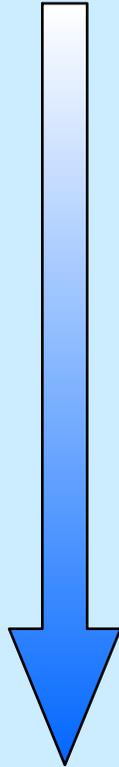
## Психотропная терапия:

рисполепт 1,5 мг,  
азалептин 100 мг,  
амитриптилин 125 мг,  
реладорм 15 мг,  
финлепсин 500 мг,  
циклодол 6 мг



# ПСИХОПАТОЛОГИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ

НАРАСТАНИЕ ТЯЖЕСТИ  
СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

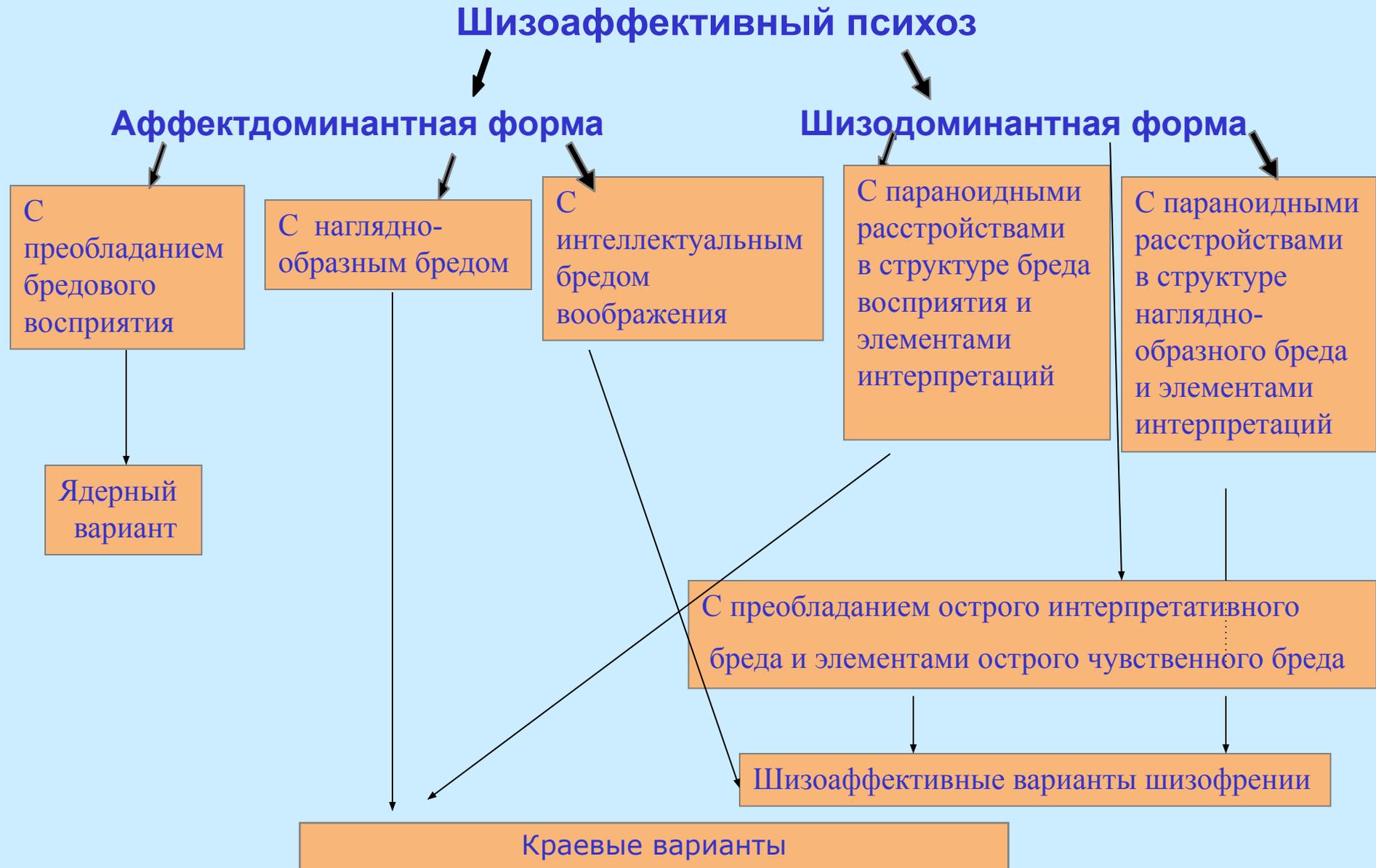


**КАТАТОНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ**

**АМЕНТИВНОПОДОБНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ**

**ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ**

# Клинические варианты шизоаффективного психоза



# Соотношение шизофрении с шизоаффективным расстройством

**Сложности концептуализации**

**Неоднозначность понятия по отношению к шизофрении**

**Более высокая сравнительно с шизофренией частота у женщин при более поздней манифестации**

**Высокий (23-42% с учетом парасуицидов) суицидальный риск**

# Шизоаффективный психоз в классификации зарубежных авторов

Исходный принцип – характеристика аффективной составляющей наблюдаемого расстройства

## Моно-/биполярные формы

*Leonhard K., 1957; Andreasen N.C., Coryell W. et al., 1988; Angst J., 1989; Marneros A., 1990*

## Аффектдоминантные/шизодоминантные формы

*Tsuang M.T., 1979; Angst J., 1989; Marneros A., 1990;*

С конгруэнтным/неконгруэнтным аффекту бредом ( например, параноидная депрессия)

*Peters U.C., 1983, 1989*

**Шизоаффективный психоз = биполярное расстройство/  
рекуррентная депрессия/острые и транзиторные  
психотические расстройства**

# Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа

(аспекты клиники)

- формировании особых, специфических для юношеского возраста симптомокомплексов [Цуцульковская М. Я., Пантелеева Г. П., 1986] среди которых наиболее характерными являются:
  1. гебоидный
  2. «юношеской метафизической интоксикации (особых сверхценных образований)»
  3. дисморфофобический
  4. психастеноподобный
  
- длительный катамнез изучение юношеской малопрогрессирующей шизофрении [Цуцульковская М. Я., 1979; Бильжо А. Г., 1987] показал, что через 10—15 лет после первого стационарирования в юношеском возрасте у большинства больных постепенно наступает компенсация состояния с редуцированием психопатологических явлений и выявлением лишь нерезко выраженных признаков дефекта личности, которые практически не препятствуют социально-трудовой адаптации.

# Место шизофрении в МКБ-10

## Разряд 2

**(F21)  
Шизотипическое  
расстройство**

**(в том числе  
вялотекущая  
шизофрения)**

## Рубрика

**(F21.1) Латентная шизофрения**

**(F21.2) Шизофреническая реакция**

**(F21.3) Псевдоневротическая  
(неврозоподобная) шизофрения**

**(F21.4) Псевдопсихопатическая  
(психопатоподобная)  
шизофрения**

**(F21.5) «Бедная симптомами»  
шизофрения**

**(F21.8) Шизотипическое личностное  
расстройство**

**(F21.8) Неуточненное шизотипическое  
расстройство**

## **Вялотекущая шизофрения**

- эндогенный малопрогрессирующий процесс, в активной фазе развития включающий базисные расстройства, образующий коморбидные связи с психопатологическими образованиями невротических, аффективных и параноических регистров

## **Расстройства шизофренического спектра**

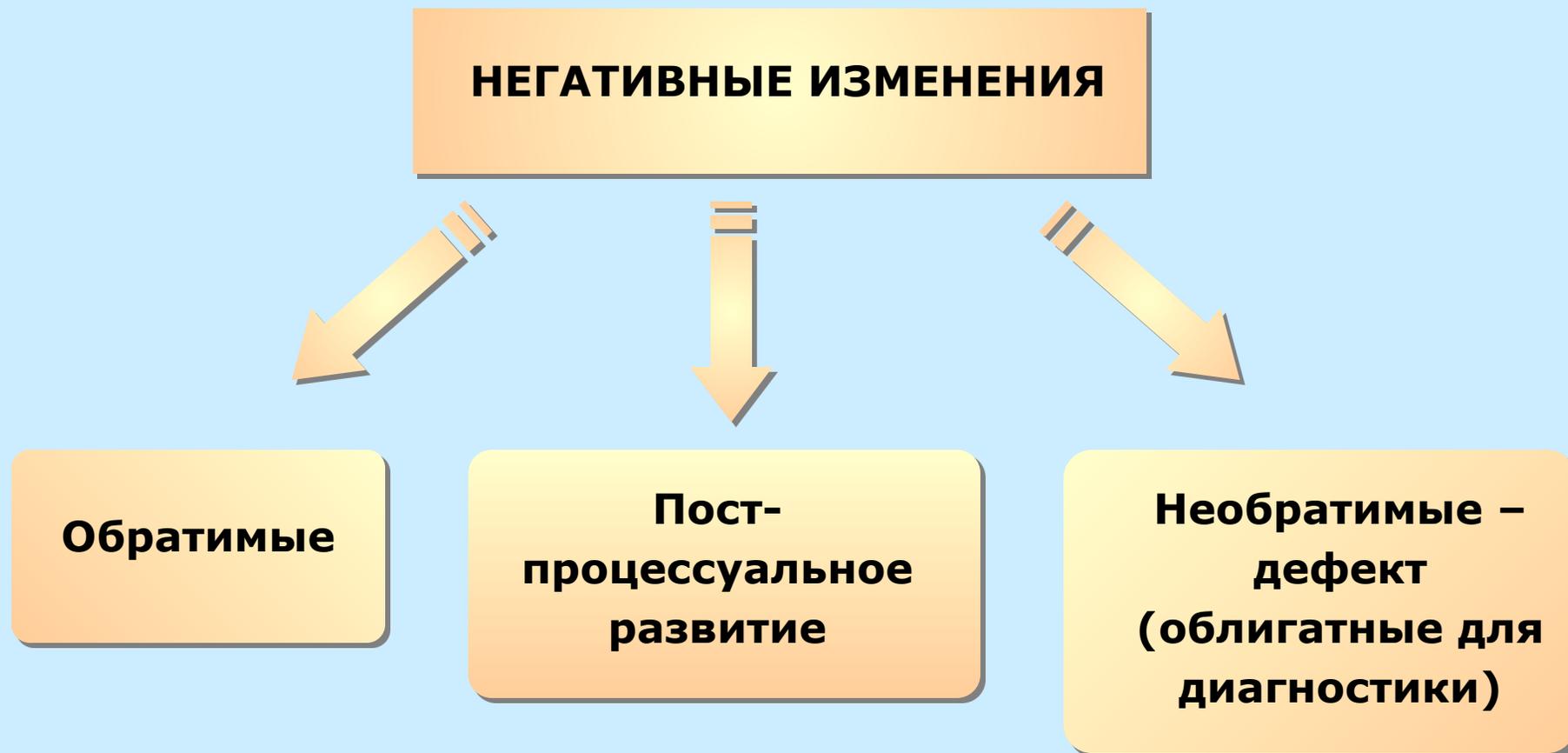
*(латентная шизофрения, шизотипическое расстройство личности, шизофреническая конституция, псевдопсихопатии, псевдоневрозы)*

- состояния эндогенной природы, но без признаков процессуальной прогрессирующей тенденции, обнаруживающие в рамках динамики тенденцию к формированию психогений (шизофренические реакции), либо к "отщеплению" от патологически стойких нажитых (или врождённых) патохарактерологических комплексов феноменологически оформленных психопатологических расстройств (псевдоневрозы)

# ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО



# Диагностика вялотекущей шизофрении



# Простая шизофрения

[Наджаров Р.А., 1972]

(первичный дефект-психоз [Юдин Г.И., 1941];  
простая шизомания [Claude H., 1925])

## ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ

### Психическая дефицитарность

(нехватка «жизненной энергии», снижение инициативы,  
эмоциональная нивелировка)

### Психическая несостоятельность

(«прогрессивные бездельники» [Schule H., 1878];  
депрессии с преобладанием негативной аффективности, ангедония)

### Субступорозные состояния

(мягкая кататония [Kahlbaum K.L., 1873])

### Дефект типа простого дефицита

(утрата высших интересов, эмоциональное обеднение, аутизм, РЭП, надлом  
«жизненной кривой» с остановкой социального роста и снижением  
профессионального стандарта)

# Астеническая шизофрения

(шизоастения [Mayer-Gross W., 1932; Dimitrijevic D.T., 1953])

## ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ

**Гиперестетическая астения**  
(интенсивное ощущение утомления,  
сенсбилизация к нейтральным в  
норме раздражителям, алгии,  
нарушения сна)

**Ювенильная  
астеническая  
несостоятельность**  
[Glatzel J., Huber G., 1968;  
Олейчик И.В., 1997]

**Аутохтонная астения**  
[Glatzel J., 1972; Соколовская Л.В., 1991]  
с отчуждением сознания собственной активности

**Астенический дефект**  
(умственная несостоятельность с падением выносливости к  
интеллектуальным, эмоциональным и физическим нагрузкам,  
астенический аутизм) [Снежневский А.В., 1974]

# Психопатоподобная шизофрения

(эволюционирующая шизоидная форма [А. Еу, 1955])

**ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ**

```
graph TD; A[ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ] --> B[Метафизическая интоксикация]; B --> C[Аутизм с отрывом от реальности по типу «чуждых миру идеалистов» [Е. Kretschmer, 1930; В.И. Максимов, 1987]]; C --> D[Дефект типа «Ferschrobene»];
```

**Метафизическая интоксикация**

**Аутизм с отрывом от реальности  
по типу «чуждых миру идеалистов»  
[Е. Kretschmer, 1930; В.И. Максимов, 1987]**

**Дефект типа  
«Ferschrobene»**

# Шизофрения с обсессивно-фобическими расстройствами



# Шизофрения с истерическими расстройствами

## ОСЕВЫЕ СИМПТОМЫ

**диссоциативный психоз**  
(магическое мышление, бред и галлюцинации воображения, образный ментизм с явлениями психического автоматизма)

**изолированные конверсии**  
(афония, контрактуры)

**истерокататония**

**истероипохондрия:**  
истерофобии  
(канцеро-, кардиофобия и др.),  
вегетативные расстройства  
(анестезии, тремор, одышка),  
телесные фантазии

# Шизофрения с органо-невротическими расстройствами (ипохондрическая шизофрения)

## Осевые СИМПТОМЫ

**Аффинитет к функциональным расстройствам сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

**Видоизменение течения органического невроза с хронификацией, явлениями нозофобии, полисистемностью функциональных расстройств, образованием сенестоалгий, сенестопатий**

**Астенический дефект**

# Депрессии на отдаленных этапах шизофрении

1

	<b>Постпсихотическая депрессия</b>	<b>Постшизофреническая депрессия</b>
<b>Этап эндогенного процесса</b>	Регрессиентное течение	Резидуальное состояние (псевдопсихопатия)
<b>Преципити- рующий фактор</b>	Отсутствует (аутохтонная манифестация)	Сезонность, перегрузки, соматические заболевания
<b>Связь формирования с терапией</b>	Обострение психоза при отмене лечения (длительная поддерживающая терапия)	Отсутствие постоянной зависимости от лечения (купирующая терапия актуальной фазы)

# Депрессии на отдаленных этапах шизофрении

2

Постпсихотическая  
депрессия

Постшизофреническая  
депрессия

Течение

Биполярное

Монополярное

Характер  
проявлений

Полиморфизм за счет  
факультативных  
симптомокомплексов  
(тревога, ОКР,  
деперсонализация,  
истерические  
расстройства)

Мономорфизм с  
преобладанием  
негативной  
аффективности

**Квалификация ремиссии  
базируется на критериях позитивных и  
негативных симптомов  
и требует относительной стабильности  
остальных ассоциированных  
симптомокомплексов**

**Длительность ремиссии:  $\geq 6$  месяцев**

*Рабочая группа «Ремиссии при шизофрении»  
Вашингтон, апрель 2003*

**«Даже при длительной ремиссии  
нельзя с уверенностью говорить о  
выздоровлении, т.к. редукция  
симптоматики еще не является  
доказательством прекращения  
процесса**

**Спустя 10-25 лет после последнего  
приступа возможен рецидив»**

**Wyrsh J.**

*Krankheitsprozess oder psychopatischer Zustand  
Vschr. Psychiat. Neurol. 1941., Bd. 103, S. 193-214*

## Три принципа типологической систематики ремиссий

### СТРУКТУРА ДЕФЕКТА

*E. Kraepelin, 1910;*  
*S. Pascal, 1911;*  
*Д.Е. Мелехов, 1963;*  
*G. Huber, 1976*

### СТРУКТУРА ОСТАТОЧНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*М.М. Марковская, 1953;*  
*Н.М. Жариков, 1961*

### СТРУКТУРА СИНДРОМА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КАК НЕГАТИВНЫЕ, ТАК И РЕЗИДУАЛЬНЫЕ ПОЗИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

*В.М. Морозов, Ю.К. Тарасов, 1951; Г.В. Зеневич, 1964*

# Систематика ремиссий (в зависимости от соучастия негативных и позитивных расстройств)

<b>С негативными изменениями</b>	<b>1 Стенический</b>	8,6%
	<b>2 Астенический</b>	20,0%
	<b>3 Псевдопсихопатии</b>	
	3.1 аутистический	10,9%
	3.2 психастенический (с изменениями по типу зависимых)	9,1%
	3.3 типа «фершробен» (с регрессивной синтонностью)	19,8%
<b>75%</b>	<b>4 Апатические</b>	6,7%

<b>С соучастием резидуальных позитивных расстройств</b>	<b>5 Тимопатический</b>	4,0%
	<b>6 Ипохондрический</b>	10,1%
	<b>7 Параноидный</b>	3,7%
	7.1 с резидуальным бредом	
<b>17,8%</b>	7.2 «носители голосов»	

# Психический дефект при шизофрении

## Факторы, влияющие на формирование негативных изменений

- **Темп прогрессивности заболевания**

Наиболее тяжелые формы дефекта (псевдоорганические) наблюдаются при злокачественной (ядерной) шизофрении

- **Пол**

У мужчин появление симптомов дефекта происходит раньше, а «конечные» состояния формируются быстрее

- **Возраст манифестации**

Наиболее грубые варианты дефекта наблюдаются при начале заболевания в детском (олигофреноподобный дефект) и подростковом возрасте

# Клиническая картина негативных изменений (резидуальная шизофрения – F20.5)

**Негативные  
изменения  
на личностном уровне**

**ПСИХОПАТОПОДОБНЫЙ  
ДЕФЕКТ**

**Негативные изменения,  
ответственные за  
снижение психической  
активности**

**ПСЕВДООРГАНИЧЕСКИЙ  
ДЕФЕКТ**

# Псевдоорганический дефект

## Нивелировка личностных особенностей

### Дефект

- псевдоорганический (Внуков В.А., 1937)
- типа простого дефицита (Еу Н., 1985)
- астенический (аутохтонная астения) (Glatzel J., 1978)
- Падение психической активности и продуктивности
- Интеллектуальное снижение
- Ригидность психических процессов
- Сужение контактов и круга интересов
- Снижение уровня личности

# Психопатоподобный дефект

## Гипертрофия отдельных свойств личности

### Дефект типа фершробен

(Birnbaum K., 1906; Воробьев В.Ю., Нефедьев О.П., 1987)

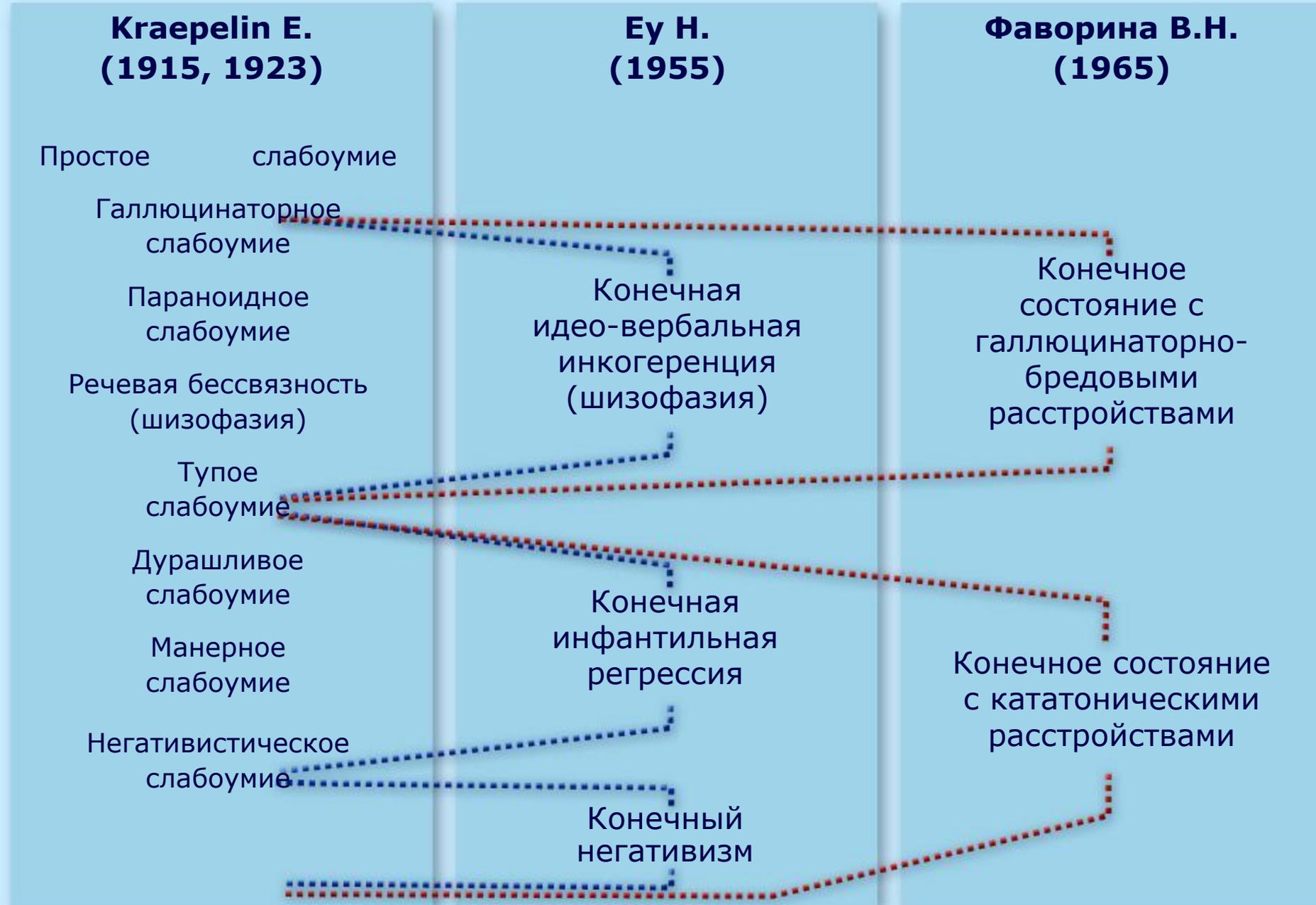
- Грубый сдвиг психэстетической пропорции
- Нарастание странностей, чудачеств и нелепостей в поведении

### Дефект типа дефицитарной шизоидии

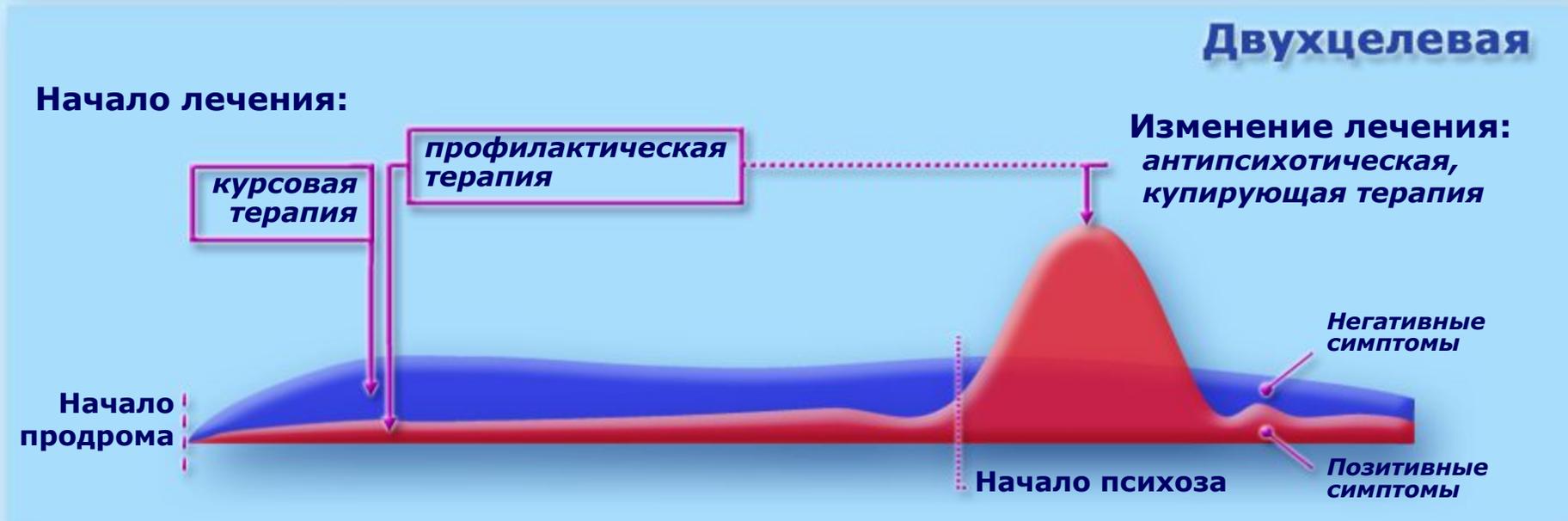
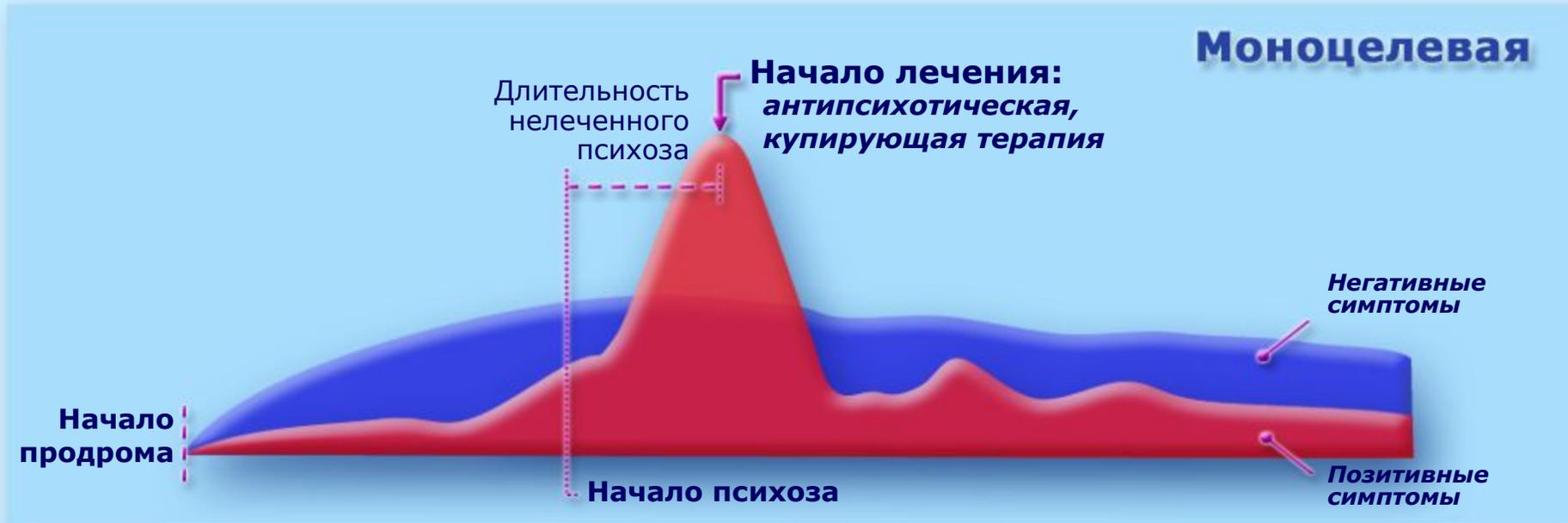
(Шендерова В.Л., 1974)

- Усиление пассивности, безынициативности, зависимости
- Снижение социального стандарта

# Конечные состояния при шизофрении



# Модели терапии шизофрении



# Этапы развития терапии психотических расстройств

