



Шизотипическое расстройство

Е. С. Тальникова, к.м.н., доцент

**кафедра социальной и судебной психиатрии
ФППОВ первого МГМУ им. И.М. Сеченова**

А. К. Нуман (1978)

«Проблема малопрогрессирующих форм шизофрении, будучи клинически реальной, встает перед психиатрами независимо от их диагностических концепций.»



Актуальность вопроса

- широкая распространенность
- многообразии клинических проявлений
- дифференциально-диагностические трудности в нозологическом разграничении





Проблемы диагностики:

- 14 % больных шизофренией никогда не попадают в поле зрения психиатров



Первичная диагностика шизофрении:

- Начало психиатрического наблюдения запаздывает на 10,9 лет.
- Адекватный психиатрический диагноз при первых проявлениях шизофрении устанавливается в 51,2 % случаев.
- В 26,9 % случаев предполагаются пограничные психические нарушения – невротические и личностные расстройства.





Распространенность шизотипического расстройства

- варьирует от 1,1 до 2,39 на 1000 населения





Диагностические концепции:

- концепция Ясперса
- концепция Блейлера
- концепция Крепелина
- концепция Шнайдера





Концепция Ясперса:

- нешизофренические бредовые идеи (бредоподобные) – конгруэнтные аффекту
- шизофренические бредовые идеи (истинные) - неконгруэнтные аффекту



Концепция Блейлера:

- расширил границы диагностики мало выраженных непсихотических форм
- шизофрения может протекать без расстройства социальной и трудовой адаптации
- легкая шизофрения может быть благоприятной для продуктивности в искусстве
- шизофренические особенности – склонность к односторонним увлечениям, наклонность к новому, необычному ходу мыслей, к отклонению от традиций



Облигатные признаки шизофрении Блейлера:

- большая свобода ассоциаций
- аутизм
- уплощение аффекта
- амбитендентность



Концепция Крепелина:

выступал против включения в
блейлеровскую «латентную»
шизофрению лиц с различными
психопатическими особенностями



Концепция Шнайдера:

Симптомы первого ранга шизофрении:

- открытость мыслей
- чувство отчуждения
- чувство воздействия
- бредовое восприятие
- слуховые галлюцинации





Диагностические критерии шизофрении (МКБ-10):

- открытость мыслей;
- бред, бредовое восприятие;
- галлюцинации;
- обрывы мыслей, которые могут привести к разорванности или нецелесообразности в речи, неологизмы;
- кататонические расстройства – возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- «негативные» симптомы – выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности;
- значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.





Диагностические критерии шизотипического расстройства:

- неадекватный или суженный аффект;
- странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
- странные взгляды (верования) или магическое мышление;
- подозрительность или параноидные идеи;
- обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления;
- необычные феномены восприятия;
- аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление;
- редкие транзиторные квази-психотические эпизоды.





Шизотипическое расстройство

Отмечается возможность включения в рубрику:

- пограничной шизофрении;
- латентной шизофрении;
- предпсихотической шизофрении;
- продромальной шизофрении;
- псевдоневротической шизофрении;
- псевдопсихопатической шизофрении;
- латентной шизофренической реакции.





Клинические проявления шизотипического расстройства:

- Психопатоподобные синдромы.
- Неврозоподобные синдромы.
- Аффективные расстройства.
- Паранояльные расстройства.



Варианты малопрогрессирующей шизофрении:

- с навязчивостями
- с истерическими проявлениями
- с деперсонализацией
- небредовая ипохондрия
- паранойяльная шизофрения
- с преобладанием аффективных расстройств
- вялотекущая шизофрения по типу простой (бедная симптомами шизофрения)



Астенический синдром

- несоответствие выраженности и длительности астении;
- психическая астения преобладает над физической;
- астенический синдром возникает без внешней причины;
- состояние длится месяцы и годы;
- отсутствует улучшение после отдыха и общеукрепляющего лечения;
- частая бессонница, отсутствие чувства отдыха после сна;
- сужение круга занятий, домашней и бытовой занятости;
- нарастание замкнутости;
- нарастающая безучастность, отсутствие реальных планов на будущее;
- снижение эмоциональной реактивности.





Синдром Глатцеля-Хубера:

- эндогенное состояние юношеской астенической несостоятельности;
- аутохтонная астения;
- астеноанергический синдром.



Структура синдрома Глатцеля-Хубера:

- сенестопатии;
- деперсонализация;
- нарушения мышления.



Дифференциально-диагностические критерии астеноанергического синдрома (Личко А.Е., 1989)



1. Жалобы на трудность понимания и усвоения информации, невозможность сформулировать мысль.
2. Сниженный фон настроения.
3. Выявляются несобранность, неумение спланировать время.
4. Пациенты жалуются на трудности в установлении контактов.
5. Характерны склонность к резонерству, витиевтому изложению мыслей.
6. Отмечается снижение сексуальной активности.
7. Шизоидная или психастеническая акцентуация характера в преморбиде.





Обсессивный синдром

- психологически необъяснимые страхи, навязчивости;
- формированием стереотипий и ритуалов;
- навязчивое мудрствование;
- навязчивые сомнения в правильности завершенности начатого или планируемого действия («помешательство сомнений»);
- навязчивый страх внезапной смерти на фоне атипичных панических атак со значительным ограничением поведения;
- контрастные навязчивости в форме суицидо- и гомоцидо фобий;
- навязчивый страх экстракорпоральной угрозы;
- сочетание навязчивостей с чертами истерического поведения;
- постепенная утрата эмоциональной насыщенности и мучительности навязчивостей;
- возникновение на фоне навязчивостей сенестопатий, ипохондрических расстройств;
- чрезвычайный темп как усложнения (генерализации), так и редукции обсессивно-фобического синдрома;
- усложнение клиники за счет появления деперсонализации, слуховых галлюцинаций, бредовых расстройств.



Деперсонализация

- неполнота чувственного реагирования;
- снижение чувственной насыщенности и конкретности анестетических переживаний;
- резонерский характер рассуждений;
- ориентация на отвлеченно-метафизическую «модель чувств», псевдопсихологическое объяснение, символизация переживаний.



Виды деперсонализации

- *Витальная деперсонализация* – ощущение физического дискомфорта, физического неблагополучия; переживание неестественности своего физического «я». Вторым компонентом является беспредельная тревога.
- *Аутопсихическая деперсонализация* включает в себя психическую анестезию, чувство автоматизированности собственных действий, нереальность восприятия своего «я», отсутствие эмоционального сопровождения своих двигательных актов, мышления; ощущение раздвоенности.





Аффективные расстройства

- преобладание смешанных состояний;
- редкость приступов с четкой и равномерно выраженной триадой депрессивных или маниакальных расстройств;
- лабильность клинической картины с изменчивостью глубины депрессии или мании;
- легкость присоединения растерянности, бредовых расстройств, сновидности;
- течение по типу сдвоенных приступов;
- слабая представленность витальных расстройств.





Нозологические аспекты:

- Принципиально важно отделять конституциональные особенности от процессуально возникающих нарушений личности





Патологические телесные сенсации

- алгии;
- сенестоалгии;
- сенестопатии;
- дизестетические кризы (извращенная сенсорная чувствительность);
- коэнестезии (расстройства общего чувства тела, ощущение неясного тотального физического неблагополучия);
- сенестезии (своеобразные с трудом поддающиеся описанию нарушения моторной сферы).





Паранойяльный синдром

- отсутствие психопатических (в первую очередь паранояльных) черт личности в преморбиде;
- изменения мышления в форме склонности к бесплодному рассуждательству, обстоятельности в кругу бредовых переживаний;
- нарастающая вялость, монотонность;
- эмоциональная дефицитарность.





Характерные признаки шизофрении (А.С. Тиганов, 1999):

- аутизм
- редукция энергетического потенциала
- эмоциональная дефицитарность
- явления дрейфа
- расстройства мышления



П. Б. Ганнушкин:

- «Установление точного момента, когда у шизоида начинается шизофренический процесс – вещь часто совершенно невозможная, так как явления, характеризующие начало шизофрений и вообще все течение так называемого вялого шизофренического процесса иногда почти неотличимы от особенностей поведения шизоидной личности»



Диагноз шизофрении устанавливается с учетом:

- клинических проявлений
- течения
- прогрессивности
- изменений личности





Для шизофрении характерно:

- изменение характера и поведения
- нарушение социальной адаптации
- немотивированная смена профессий
- развитие негативной симптоматики



Нарушения мышления в дебюте шизофрении:

- неспособность к фокусировке внимания
- бессвязность или разорванность мышления
- слияние мыслей
- исчезновение мыслей
- ментизм
- соскальзывания
- затруднения в формулировании мыслей
- неологизмы
- затруднения образования новых понятий
- отсутствие тенденции к дальнейшей переработке
- нарушение мотивации
- узость мышления и опосредования



Критерии ранней диагностики шизофрении:

1. Психопатологическая наследственная отягощенность.
2. Наличие шизоидных черт характера, эксцентричностей, странностей поведения у родственников.
3. Астенический или инфантильно-грацильный тип телосложения.
4. Шизоидные особенности личности.
5. Форпост-синдромы, «зарницы» шизофрении в анамнезе.
6. Отсутствие взаимопонимания с окружающими, приводящее к возникновению стрессовых ситуаций.
7. Снижение интеллектуальной продуктивности.
8. Нарушения мышления.
9. Сниженный фон настроения со склонностью к появлению соматоформных расстройств.
10. Изменения поведения.



Абортивные приступы шизофрении («зарницы»)

- короткие, порой молниеносные психотические эпизоды, которые возникают за много месяцев и даже лет до манифестации заболевания и проявляются без видимых причин или, будучи спровоцированы психогенными или соматогенными факторами.





Виды абортивных приступов:

- Нелепые поступки.
- Эпизодические галлюцинации или психические автоматизмы, чаще – слуховые обманы восприятия.
- Бредовые эпизоды продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов с последующей полной критикой.
- Аффективные приступы, которые проявляются беспричинным страхом.
- Эпизоды дереализации и деперсонализации.



Терапия шизотипического расстройства:

- Нейролептики
- Антидепрессанты
- Транквилизаторы
- Психотерапия



Требования к антипсихотику:

- способность устранять проявления психоза
- минимальный риск побочных эффектов
- способность обеспечить социальную и профессиональную адаптацию
- возможность предупреждать рецидивы заболевания





Факторы, влияющие на эффективность терапии:

- течение заболевания
- семейная ситуация
- отношения с врачом, соблюдение рекомендаций
- соматическое состояние
- степень социальной и профессиональной адаптации



Причины отказа от терапии нейролептиками (R. Baldessarini et al., 1988):

- побочные эффекты (36 %)
- проявления психоза (31 %)
- отрицание болезни (22 %)
- неэффективность (12 %)



Побочные эффекты типичных нейролептиков:

- экстрапирамидные расстройства
- седация
- ортостатическая гипотония
- тахикардия
- увеличение веса
- половая дисфункция
- нарушение сердечной проводимости
- эпилептические припадки
- нарушение функции печени
- гематологические нарушения



Атипичные антипсихотики

- Положительно влияют не только на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, но и на негативные, аффективные расстройства и когнитивный дефицит.
- В терапевтических дозах реже вызывают экстрапирамидные расстройства.



Побочные эффекты атипичных антипсихотиков:

- гинекомастия
- галакторея
- нарушения менструального цикла
- гипогонадизм
- нарушение половой функции
- бесплодие
- ожирение
- инсулиннезависимый сахарный диабет
- артериальная гипертензия





Риск побочных эффектов атипичных антипсихотиков:

Побочный эффект	клозапин	рисперидон	оланзапин	кветиапин
экстрапирамидные расстройства	очень низкий	низкий или умеренный	низкий	очень низкий
седация	высокий	низкий	низкий	высокий
гипотония	высокий	умеренный	низкий	умеренный
нарушение проводимости	низкий	высокий	низкий	низкий
антихолинергические эффекты	высокий	низкий	умеренный	низкий
метаболические нарушения	высокий	умеренный	высокий	умеренный
гиперпролактинемия	низкий	высокий	низкий	низкий
ЗНС	низкий	низкий	низкий	редко



Спасибо за внимание!
