СОДЕРЖАНИЕ

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ И РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

ПРОГНОЗ

ЛЕЧЕНИЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ТРУДОВАЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

ЛИТЕРАТУРА

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

По современным представлениям шизофрения относится к группе болезней с наследственным предрасположением. Отмечается значительное накопление шизофренических психозов и личностных аномалий в семьях больных шизофренией, а также высокая конкордантность в однояйцевых близнецовых парах. Однако до настоящего времени тип наследования остается невыясненным. Вместе с тем несомненную роль в манифестации заболевания играют влияние внешней среды, а также общебиологические сдвиги в связи с соматическими заболеваниями, эндокринно-возрастными факторами.

Конкретные патогенетические механизмы болезни нельзя считать установленными, однако большинство современных исследователей считают, что причиной психозов являются расстройства обмена нейромедиаторов. В связи с этим существует несколько различных гипотез, связывающих шизофрению с нарушением обмена биогенных аминов или их энзимов (катехоламинов, индоламина, МАО и др.). В связи с открытием нового класса нейрорецепторов и их лигандов (морфинных, бензодиазепиновых и др.) ведутся, интенсивные исследования, касающиеся их возможной роли в развитии патологии психической деятельности и в том числе в патогенезе шизофрении. Наряду с этим установлен ряд биологических аномалий конституций больных и их родственников (мембранная недостаточность, изменения аутоиммунных реакций), выражающихся в выработке в организме больного противомозговых антител, способных повреждать ткани мозга. Все эти факторы относятся скорее к предиспозиционным, их роль в манифестации болезни не установлена.

Помимо биологических гипотез и теорий до настоящего времени на Западе распространены различные теории психо- и социогенеза шизофрении. К ним относятся психоанализ S. Freud и психодинамическая концепция А. Меуег, рассматривающие шизофрению как особое развитие личности в результате раннего (детского) интерперсонального конфликта, преимущественно сексуального. К этой группе относятся и современные вульгарно социологические концепции шизофрении как следствия семейного или общественного конфликта. Меньшее распространение получили философски-феноменологические, «антропологические» теории шизофрении, как особого типа существования (экзистен-циональная модель). Все эти, в конечном счете, идеалистические концепции с научной точки зрения носят бездоказательный и малопродуктивный характер, а порожденная ими лечебная практика оказалась несостоятельной.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагностика шизофрении и отграничение ее от других психических заболеваний основывается на характерных изменениях личности, психопатологических особенностях синдромов, а также особенностях патокинеза последних.

История учения о шизофрении связана с поисками специфических, свойственных только этому заболеванию, расстройств — «интрапсихическая атаксия», «гипотония сознания», «ослабление интенционной сферы» [Stransky Е., 1914; Gruhle H., 1922; Ber-ze J., 1929], описанием своеобразного дефекта, а также характеристикой особенностей течения форм и вариантов этого заболевания.

Круг негативных расстройств, типичных для шизофрении, достаточно широк: аутизм, редукция энергетического потенциала, эмоциональная дефицитарность, явления «дрейфа» (своеобразная пассивная подчиняемость), характерные расстройства мышления. Кроме аутизма, характеризующегося отрывом от реальности, жизнью в особом мире субъективных представлений, возможно развитие и «аутизма наизнанку» (регрессивной синтонности) с неуместной обнаженной откровенностью, касающейся интимных сторон жизни.

Редукция энергетического потенциала [Conrad К., 1958] — достаточно частый признак негативных расстройств, проявляющихся в резком ослаблении или утрате психической активности, имеющей непосредственное отношение в первую очередь к продуктивности и способности к интеллектуальной деятельности.

Эмоциональная дефицитарность проявляется достаточно широким диапазоном расстройств от некоторой нивелировки эмоциональных реакций до выраженной эмоциональной тупости. Heредко при этом сохраняются рациональные контакты, связанные с расчетом и эгоцентрическими тенденциями. Возможны явления «дерева и стекла»: сочетание эмоциональной тупости в отношении окружающих с крайней чувствительностью и ранимостью в отношении своей собственной личности.

Явления дрейфа, характерные для шизофрении, проявляются нарастающей пассивностью, подчиняемостью, невозможностью принимать самостоятельные решения, управлять своими поступками и действиями. Характерны расстройства мышления, такие как обрывы мыслей, соскальзывания, аморфность понятий и умозаключений, разорванность мышления.

Негативные изменения проявляются нередко и во внешнее облике больных: они выглядят странными, чудаковатыми, вычурно манерными или неряшливыми, эгоцентричны, нередко склонны к своеобразным, странным, необычным увлечениям.

Как уже отмечалось, диагноз шизофрении ставится не только на основании характерных для заболевания изменений личности, но и определяется особенностями психопатологической картины состояний и их динамики, а также прогредиентностью заболевания; последняя проявляется усложнением клинической картины, изменением характера регистров от более легких к более тяжелым, отражающим большой объем и глубину нарушений психической деятельности, а также углублением дефицитарных (негативных) расстройств, которые могут возникать ранее манифестации болезни, нарастать по мере течения процесса, при приступообразном характере заболевания усиливаясь от приступа к приступу.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Сложность заключается в первую очередь в том, что малопрогредиентная шизофрения, как и неврозы, психопатии и реактивные состояния, с нашей точки зрения, может быть отнесена к пограничной психиатрии. При проведении дифференциального диагноза малопрогредиентной шизофрении с перечисленными выше состояниями необходим тщательный анализ наследственной отягощенности, особенностей преморбида, его динамики, развития манифестных расстройств: чрезвычайно важным представляется выявление позитивных признаков, часто рудиментарных и преходящих, свойственных психотическим формам шизофрении (сенестопатии, галлюцинации общего чувства, вербальные галлюцинации, идеи отношения, преследования и воздействия, а также состояния остро развивающейся немотивированной тревоги, острые деперсонализационные эпизоды и т. д.). При малопрогредиентной шизофрении нередко появляются конституциональные черты, нехарактерные для преморбида заболевшего (психастенические, истерические, эксплозивные и др.), несвойственные больному прежде. Эти черты нередко становятся важными для диагностики.

Диагностике малопрогредиентной шизофрении нередко помогает выявление у больных нетипичных для психопатии фаз со стертым аффектом, преобладанием в них не столько собственно аффективных нарушений, сколько психопатоподобных, невротических и соматовегетативных расстройств.

Появление несвойственных больному шизоидных черт, нарушение адаптации, значительные изменения характера, немотивированная смена профессий, а также нарастание характерных для шизофрении негативных расстройств, как правило, являются решающими опорными пунктами в диагностике малопрогредиентной шизофрении.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ И РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

В связи с тем, что шизофрения достаточно часто принимает характер приступообразного течения, а приступы протекают с преобладанием аффективных расстройств, представляется необходимым дифференциальной диагноз с маниакально-депрессивным психозом. При дифференциации маниакально-депрессивного психоза с шизофренией, в первую очередь с рекуррентной, необходимо учитывать всю совокупность данных о заболевании: характер доманифестного периода, структуру приступов, наличие или отсутствие изменения в межприступный период и динамику особенностей личности на всем протяжении болезни. Появление в структуре приступа острого чувственного бреда, галлюцинаций, бреда преследования, явлений психического автоматизма, кататонических расстройств, а также формирование и нарастание в межприступный период изменений личности склоняет диагноз в пользу шизофрении. Определенное значение в решении вопроса о диагностике имеет исследование наследственности.

Приступообразно протекающую шизофрению необходимо дифференцировать с симптоматическими и в первую очередь с протрагированными (промежуточными) эндоформными психозами. Вопросы дифференциации крайне сложны в связи с тем, что в последние годы эндоформные симптоматические психозы стали казуистикой; их следует отличать от эндогенных психозов, спровоцированных различными видами экзогений.

Наличие в структуре эндоформного психоза астении, слабодушия, эпизодов острых симптоматических психозов в вечернее и ночное время, а также известная конкретность бредовых построений не могут быть расценены как опорные дифференциально-диагностические критерии, ибо существуют неоспоримые факты о видоизменении структуры эндогенного психопатологического синдрома под влиянием соматического заболевания [Жислин С. Г., 1965].

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Шизофрения является одним из частых психических заболеваний. Однако изучение распространенности шизофрении связано с целым рядом трудностей. Одни из них объясняются существованием различных диагностических подходов, определяющих традиции национальных и внутринациональных школ, другие — серьезными методическими трудностями полного выявления больных в населении.

Данные о распространенности шизофрении, основанные на больничной статистике, экстраполированные на население обслуживаемого больницей региона, малонадежны. Это связано с тем, что значительная часть больных шизофренией не стационируется пли стационируется редко. Большое влияние здесь оказывают и степень приближенности больницы к населению, число коек и т. д. Обычно по данным больничной статистики можно судить лишь о числе наиболее тяжелых или острых психотических форм.

Более широкие возможности открывает система психиатрической помощи, включающая как больничное, так и внебольнич-ное звено (нервно-психиатрический диспансер). В этих условиях создается возможность достаточно полного выявления больных в населении и их учет.

ПРОГНОЗ

Взгляд на прогноз шизофрении значительно изменился с начала века после выделения Е. Kraepelin раннего слабоумия. Это изменение взглядов связано как с переоценкой понятия слабоумия при шизофрении, так и с использованием понятия слабоумия как диагностического критерия этой болезни. Что касается слабоумия, как нозологического признака, то облигатность его подвергалась серьезным сомнениям с самого начала создания Е. Kraepelin систематики. Поскольку сам Е. Kraepelin указывал на случаи выздоровления даже при гебефрении, станет ясно, что под слабоумием понималось грубое расстройство психической деятельности вследствие хронически протекающего психоза (например, кататоническое, бредовое слабоумие), а не необратимый интеллектуальный распад органического типа (например, как при прогрессивном параличе). Эта точка зрения нашла свое последующее подтверждение в период развития активной терапии, особенно психофармакологии и различных способов социальной реабилитации.

На смену понятию слабоумия пришло понятие дефекта, имея в виду не проявления активного психоза, а стойкие личностные изменения. Степень выраженности дефекта различна при отдельных типах шизофрении, но является важной составной частью клинического и социального прогноза. За редким исключением клиническая картина болезни, особенно на отдельных стадиях, представляет собой сплав признаков текущего психоза (позитивная симптоматика) и признаков дефекта (негативная симптоматика).

Таким образом, клинический и социальный прогноз должен учитывать вероятность длительных или кратковременных периодов обострения психоза, степень выраженности и быстроту развития дефекта, а также возможности социальной адаптации (семейной, трудовой).

Одним из важных критериев прогноза является определение самой формы течения болезни. Так несомненно лучший прогноз отмечается при приступообразном течении и худший — при непрерывном. Однако последний критерий несколько относителен и распространяется на активные, психотические формы (в отличие от вялых, малопрогредиентных).

Прогноз болезни оставляет довольно широкий возможный диапазон исходов, включая и социальную адаптацию. Именно эта особенность болезни открывает широкие возможности для вторичной профилактики и социально-трудовой реабилитации.

Известное значение для прогноза имеют и генетические данные. Так, наличие среди родственников (особенно близких) приступообразных, особенно аффективных психозов, практически .почти исключает развитие у пробанда непрерывнотекущих, злокачественных форм, при которых в семейном окружении наиболее часты личностные аномалии шизоидного типа, а не развернутые психозы [И. В. Шахматова, 1975].

По мнению ряда авторов [С. Г. Жислин, 1965, и др.], неблагоприятным прогностическим фактором является наличие органически измененной (резидуальной) почвы.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время основными методами лечения шизофрении являются психотропные средства с антипсихотическим, антидедрессивным, транквилизирующим и стимулирующим действием. Широко применявшиеся в прошлом шоковые методы лечения сейчас используются по более узким показаниям. Все биологические виды лечения сочетаются с психотерапией и мерами по трудовой и социальной адаптации. Меры по реабилитации —

стремление к сохранению личностной активности с максимальным использованием сохранных связей и эмоций — являются обязательным принципом на всех этапах лечения, как в больничном, так и внебольничном. Социально-реадаптационный и реабилита-ционный подход значительно увеличивает эффективность биологических видов лечения.

Многообразие клинических проявлений шизофрении исключает какую-либо одну — две стандартные методики лечения. Наиболее важными факторами, определяющими терапевтическую тактику, являются форма и тип течения, стадия заболевания, структура синдрома, определяющего состояние больного.

Лечение шизофрении, учитывая ее склонность к хроническому течению и нередкое рецидивирование, является длительным и включает в себя как непосредственно-терапевтическое, так и поддерживающее профилактическое воздействие. Наконец, приходится считаться с особенностями индивидуального реагирования больных на препараты, и это требует индивидуализации лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитационный комплекс мероприятий проводится на всех этапах лечения больных шизофренией. В этот комплекс включается максимально возможное ограничение мер стеснения больных — например, их пребывания в закрытом отделении или наблюдательной палате, а также активное, по мере купирования острых проявлений болезни, включение трудотерапии, культтерапии, групповой терапии и др. Необходимо широко использовать лечебные отпуска с возможностью проводить дома конец недели или переводить больных в полустационар (дневной стационар).

Большое значение имеет трудовое устройство больных с необходимой переориентацией целей и установок, особенно при снижении трудоспособности. Трудоустройство должно быть адекватным состоянию больных. При хроническом течении болезни с остаточной и психопатологической симптоматикой и дефектом личности необходима попытка трудовой и социальной адаптации больных в специальных условиях, где обеспечено повседневное психиатрическое наблюдение — в лечебно-трудовых мастерских, спеццехах при промышленных предприятиях и т. д.

ТРУДОВАЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА. Необходимо учитывать, что трудоустройство — важная часть реабилитационной работы. Решение экспертных вопросов основывается на общем клиническом прогнозе — знании общих и частных закономерностей течения (формы течения), а также общих возможностей полного или частичного восстановления трудоспособности этих больных или вероятности ее полной утраты. Важной составной частью трудовой экспертизы является учет не только групповых, социально-трудовых возможностей отдельного больного, его профессиональной подготовки, но и степени сохранности личности, возможностей компенсации нарушенных функций [Гейер Т. А., 1939; Мелихов Д. Е., 1963]. Далеко не у всех больных шизофренией утрачивается пли резко снижается трудоспособность. В отдельных случаях при благоприятном течении возможен и профессиональный рост — например, после единичных перенесенных в молодые годы приступов. За исключением тяжелых прогредиентных форм или состояния глубокого дефекта трудоспособность больных подвержена колебаниям и во многом зависит не только от биологических, но и социальных причин — обстановки в семье и на работе, реабилитационных мероприятий, профилактического лечения и т. д. В принципе, как и при любом заболевании, при обострениях и декомпенсации устанавливается временная утрата трудоспособности. Перевод на инвалидность производится только тогда, когда, невзирая на проводимое лечение, выявляется неблагоприятный на ближайший период времени трудовой прогноз, когда возврат на работу либо невозможен, либо отчетлив риск обострения состояния из-за трудностей реадаптации.

Наиболее вероятна возможность сохранения трудоспособности при рекуррентной и близких к ней типов приступообразной шизофрении. В этих случаях никогда не следует спешить с переводом на инвалидность, используя возможности продления временной нетрудоспособности для долечивания. Раннее установление инвалидности больным приступообразной шизофрении — ошибка, не только ущемляющая их социальные права, но и затрудняющая их последующую реабилитацию. Инвалидность III группы устанавливается в тех случаях, когда из-за особенностей ремиссии (аффективные колебания, истощаемость внимания и др.) больные не могут выполнять прежнюю работу и нуждаются в трудоустройстве с профессиональным снижением.

При длительных многомесячных или континуальных серийных приступах устанавливается II группа инвалидности (полная утрата трудоспособности в обычных условиях работы). По окончании серии приступов (этот период может занять несколько лет) вопрос о группе инвалидности может быть пересмотрен.

Естественно, что при более прогредиентных формах приступообразной шизофрении трудовой прогноз значительно хуже. Поэтому в этих случаях гораздо чаще устанавливается II или, при необходимости постоянного ухода, I группа инвалидности. Все же следует помнить, что в отдельных даже тяжелых случаях приступообразно-прогредиентной шизофрении с многолетними кататоно-бредовыми приступами наблюдаются так называемые отдаленные ремиссии с возможностями социально-трудовой адаптации на новом уровне.

При непрерывнотекущей шизофрении наиболее неблагоприятен трудовой прогноз при злокачественной юношеской шизофрении. Большинство больных становятся инвалидами I или II группы и значительную часть жизни проводят в психиатрических больницах. При относительной стабилизации они могут работать в лечебно-трудовых мастерских больниц и диспансеров.

При параноидной (непрерывнопрогредиентной) шизофрении число инвалидов увеличивается по мере течения заболевания, особенно в отдаленных периодах. Инвалидность III группы устанавливается при частичной сохранности трудоспособности, что отмечается на начальных,- а нередко и на более поздних этапах при стабилизации процесса на фоне систематической терапии. Стойкие параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния делают больных нетрудоспособными. Реабилитационные программы у таких больных рассчитаны на долгий срок.

При вялотекущей шизофрении трудоспособность сохраняется длительно не менее чем у 60% больных [Серебрякова 3. Н., 1969]. Наибольший процент снижения или полной утраты трудоспособности отмечается при систематизированных навязчивостях с ритуалами на фоне дефекта и выраженных истериформных состояний.

Известные сложности возникают при экспертной оценке трудоспособности у студентов, где нередки внешне сходные с шизофреническими невротические и невротически-депрессивные реакции. Экспертное заключение имеет большое значение для последующей социально-трудовой адаптации больных. Поэтому диагноз шизофрении и соответственно решение о невозможности обучения должны устанавливаться лишь в несомненных случаях, где нозологическая сущность болезни, ее прогредиентная тенденция выявляются достаточно отчетливо.

Экспертизу трудоспособности больных шизофренией в связи с ее сложностью и особой социальной значимостью проводят специализированные психиатрические врачебно-трудовые экспертные комиссии, поддерживающие тесный контакт с психиатрическими диспансерами и стационаром.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА. Шизофренический процесс в форме психоза либо с выраженными изменениями личности ведет к признанию больных невменяемыми, поскольку они не в состоянии отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Если заболевание в аналогичной форме возникло в период следствия или в заключении, то больных освобождают от наказания и направляют в психиатрическую больницу для лечения.

Исключение составляют случаи приступообразной шизофрении (обычно одноприступные), при которых после приступа формируется стабильная многолетняя ремиссия с полной трудовой адаптацией и нерезкими изменениями личности. В таких случаях не исключено признание больных вменяемыми [Морозов Г. В., 1977]. Большие трудности представляют для судебно-психиатрической экспертизы случаи малопрогредиентной вялотекущей шизофрении, а также постпроцессуальные психопатоподобные дефектные состояния. Судебно-психиатрическая оценка в этих случаях строго индивидуальна и зависит от выраженности дефекта, психопатоподобных нарушений, способности больных отдавать себе отчет или руководить своими действиями в конкретной криминальной ситуации. Важно тщательное клиническое обследование, так как нередко за психопатоподобным фасадом может быть вскрыто обострение шизофренического процесса (отрывочный бред, аффективные нарушения).

Судебно-психиатрическая оценка дееспособности больных шизофренией в связи с совершением ими тех или иных юридических актов (имущественные сделки, завещания, заключение брака и т. д.) основана на определении психического состояния в момент их совершения. Выраженная картина психоза и грубый дефект делают больных недееспособными при совершении этих юридических актов. Для охраны прав больных с тяжелыми проявлениями болезни они признаются недееспособными с наложением опеки для предотвращения вреда, который могут причинить своим интересам в силу болезненного состояния.

Вместе с тем важно помнить, что диссоциированность психических процессов при шизофрении и возможность сохранения больными способности к правильной оценке своих интересов даже при выраженном психозе требует строго индивидуального и осторожного подхода к оценке дееспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение психически больных: (Руководство для врачей). Авруцкий Г.Я., Недува А.А. М.: Медицина, 1981
2. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. М., 1964
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991
4. Психиатрия. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. М.: Медицина, 2002
5. Руководство по психиатрии/ под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1983
6. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование./ Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972
7. Общая психопатология. Жмуров В.А. 2003