Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко» Росздрава

Кафедра психиатрии

Реферат

Симптомы шизофрении

Выполнил студент педиатрического

факультета 608 группы Камышанская О.А.

Воронеж 2009

Шизофрения - одно из наиболее частых психических заболеваний. Распространенность шизофрении по данным одного из районов г. Москвы - 6 на 1000 населения, заболеваемость - 2 на 10 000 населения. По данным американской литературы заболеваемость на 1000 человек равна 7,2 (в 1984 г.), а из всех живущих в США людей больны или в течение своей жизни заболеют шизофренией примерно 3,7 млн. человек (1,5% населения). В каждый данный момент времени шизофренией больны около 1,8 млн. человек, что составляет 1% от общего числа взрослых старше 18 лет. Это число равно всему населению штата Западная Виргиния, (по данным Э. Фуллер Торри).

В целом в нашей стране болезненность всеми формами шизофрении составляет до 9,59 на 1000 населения (Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., 1979 г.) в психиатрических стационарах около 2/3 больных имеют диагноз шизофрения, а на учете в психоневрологических диспансерах с этим диагнозом находятся 1/5 всех больных.

В клинической подготовке врача общего профиля необходимость изучения шизофрении определяется тем, что в результате современной психофармакологической терапии около 2/3 больных постоянно находятся вне больницы, на амбулаторном лечении в психоневрологических диспансерах и обращаются за помощью к врачам любых специальностей.

Так как шизофрения имеет тенденцию к хроническому течению с нарастанием у больного особого вида изменений личности и нарушением адаптации в обществе (снижение или полная утрата трудоспособности, возникающие общественно опасные действия), социальное значение ее велико.

Актуальность темы «Шизофрения» для врача общего профиля видна из следующего примера: на прием к врачу-терапевту пришел больной с жалобами на боли в области желудка и кишечника жгущего или тянущего характера, на тошноту и расстройство стула, возникающие независимо от приема пищи. При более подробном расспросе выясняется, что боли иррадиируют в различные участки тела, вызывая там с трудом описываемые больным болевые ощущения. Больной тревожен, напряжен, подозрителен. Он убежден в том, что у него какое-то тяжелое соматическое заболевание, (возможно рак), которое вызвано его сотрудниками. Считает, что он уже больше года подключен к специальной аппаратуре, а сотрудники проводят над ним эксперименты, специально вызывая у него все выше описанные неприятные ощущения. Одновременно они (сотрудники) испытывают его характер, действуя на его мысли, внушают посторонние мысли, его мысли становятся известны окружающим. Они могут отнимать его мысли, останавливать их, ускорять. Иногда он слышит внутри головы незнакомые "голоса", комментирующие его поступки, объясняющие его ощущения. Две недели назад обратился к терапевту по месту работы. Врач общего профиля должен решить следующие вопросы:

1. Какую дополнительную информацию необходимо использовать для подтверждения предположения о наличии у больного шизофрении?
2. Как квалифицировать настоящее состояние больного (определить психопатологический синдром)?
3. Какие психопатологические симптомы, выявленные у больного, подтверждают диагноз?

4. Какую помощь необходимо оказать больному?

Анализируя данный случай, можно высказать суждение по этим вопросам.

1. Для постановки диагноза необходимы анамнестические сведения, говорящие о длительности и типе течения заболевания, об особенностях личности больного, а также данные соматоневрологического обследования. Больной в течение последних 2-3 лет изменился по характеру: стал замкнутым, грубым с родными, безразличным к окружающему. В течение последнего года постоянно выключает радиоприемник, телевизор. Со стороны соматической и неврологической сферы патологических отклонений не обнаружено.

1. Настоящее состояние больного можно квалифицировать как параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо).
2. Наличие изменений в характере в виде замкнутости, снижения активности и работоспособности; наличие расстройств мышления, псевдогаллюцинаций и бреда физического воздействия подтверждают диагноз шизофрении, непрерывно текущей, параноидной.
3. Установив диагноз параноидной шизофрении, необходимо вызвать на консультацию психиатра и госпитализировать больного в психиатрический стационар.

Таким образом, без знания клинических проявлений и закономерностей течения шизофрении, без умения выявить психопатологическую симптоматику у больного, сформулировать синдромальный и нозологический диагноз в приведенном выше клиническом примере было бы невозможно.

Цель занятия:

* Уметь распознать признаки шизофрении.
* Уметь определить тип и форму шизофрении.
* Уметь ориентироваться в синдромальных проявлениях шизофрении.
* Уметь правильно выбрать тактику ведения больных с подобной патологией.
* Уметь оказать необходимый объем медицинской по мощи при неотложных состояниях в рамках шизофрении.

Дня достижения цели необходимо решить следующие задачи:

* Знать клинические проявления шизофрении.
* Уметь выявить при объективном обследовании больного психопатологические симптомы и определить психопатологический синдром.
* Уметь провести анализ течения болезни; уметь про вести дифференциальный диагноз шизофрении.
* Овладеть тактикой оказания помощи больному ши зофренией, знать основные методы лечения шизофре нии.
* Знать меры по предотвращению общественно опас ных действий больных шизофренией.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ШИЗОФРЕНИИ

Заслуга обоснования шизофрении как единого самостоятельного заболевания принадлежит великому ученому и выдающемуся реформатору в области психиатрии Э. Крепелину. Обновив и углубив описание параноидного слабоумия, данное еще Маньяном, Э. Крепелин в 1896 г. сблизил его с описанными ранее Е. Hecker (1871) и К. Kahlbaum (1890) гебефренией и кататонией. Крепелин ввел понятие "раннего слабоумия" (dementia praecox), описал симптомы заболевания и основные закономерности его течения. Были выделены 5 форм раннего слабоумия - простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная и циркулярный психоз. Э. Крепелин заложил основы нозологического подхода в психиатрии в целом и применительно к шизофрении в частности.

Значительный вклад в понимание природы и клиники шизофрении внес швейцарский психиатр Е. Bleuler. Его психопатологические исследования шизофрении (1911 г.) убедительно показали нозологическое своеобразие этой болезни. Он доказал, что болезнь не всегда начинается в молодом возрасте и что при ней речь не всегда идет о слабоумии (хотя и не исключает его), а об особом основном расстройстве - "психическом расщеплении", откуда и произошло затем быстро закрепившееся название болезни "шизофрения". Выделение таких признаков, как особые расстройства мышления, аутизм, амбивалентность, аффективные диссоциации, расширяло диагностические возможности. Со временем понятие "слабоумие" сменилось представлением о своеобразном дефекте, а термин "ослабоумливающий процесс" уступил место понятию прогредиентности. Шизофрению стали считать заболеванием, включающим в себя и тяжелые, прогредиентные, и более благоприятные, в том числе мягкие, вялотекущие формы. Концепция раннего слабоумия - шизофрении быстро распространилась в Германии и России, проблему изучали представители московской психиатрической школы, в частности В.П. Сербский, и возражали против фатального прогноза, обязательного ослабоумливания при этом заболевании. Во Франции, где всегда были сильные синдромологические тенденции, долгое время не признавалась нозологическая самостоятельность шизофрении. В американской психиатрии в последние десятилетия доминирует взгляд на шизофрению как на проявление личностных реакций с их психоаналитической трактовкой. В психиатрических школах США, придерживающихся клинической ориентации, диагноз ставится путем вычисления процента из стандартной шкалы в 10-12 симптомов.

В российской психиатрии выделились 3 направления в трактовке шизофрении. А.Л. Зпштейн, А.С. Чистович, П.Е. Вишневский и др. не признавали нозологической самостоятельности шизофрении и трактовали её как неблагоприятные исходы затяжных инфекционных психозов. Петербургская психиатрическая школа в лице П.А. Останкова, В.П. Осипова И.Ф. Случевского и др. исходила из несомненной нозологической самостоятельности шизофрении, трактовала её в духе крепелиновского клинико-биологического направления, дигностировала на основе специфической симптоматики и распознавала в виде 4 основных форм. Школа А. В. Снежневского в диагностике, распознавании болезни первостепенное значение придавала закономерностям трансформации психопатологических синдромов у больных шизофренией. Исходя из этого основного положения, ею утверждается решающее значение типа течения и типологии шизофрении, изучения ее патогенеза и решения вопросов ее терапии и прогноза. Эта точка зрения остается ведущей в настоящее время.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И ПОЛОЖЕНИЙ

ШИЗОФРЕНИЯ - хроническое, прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов (единства между мышлением, чувствами и волей) с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интравертированность, эмоциональное оскудение, атактическое мышление) и разнообразными продуктивными психическими расстройствами.

В зависимости от особенностей течения шизофрения может проявляться неврозоподобными, аффективными, психопатоподобными, бредовыми, галлюцинаторными, псевдогаллюцинаторными, гебефреническими, кататоническими расстройствами, помрачением сознания (обычно онейроидного типа). Шизофрении не свойственны пароксизмальные эпилептиформные синдромы, а также признаки психоорганического синдрома. Возникновение личностного дефекта тесно связано с различными, колеблющимися в своей интенсивности, перечисленными выше продуктивными изменениями и симптомами. Хотя продуктивные симптомы болезни неспецифичны для шизофрении, их сочетание с особым личностным дефектом приводит к образованию характерных для этого заболевания синдромов и закономерности их динамики.

Шизофренический дефект - различные степени шизофренического слабоумия, начиная от снижения уровня личности до действительной деменции.

В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная дискордантность психических функций - рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики (своеобразное "расщепление" - термин, от которого произошло название болезни: "шизо" - по-гречески "расщепляю", а "френ" - "душа"). Диссоциативность психических функций придает особую "шизофреническую" окраску всему поведению больных, которым свойственны также тенденция к интроверсии и общее оскудение эмоциональных реакций. Сохранность формальных интеллектуальных функций дополняет своеобразие этих больных.

Исключительный полиморфизм клинических проявлений шизофрении и различие в исходах заболевания связаны не только со стадией развития болезни (инициальная, манифестная, конечная), но и с типом ее течения (непрерывным, приступообразным, приступообразно-прогредиентным), а также с преморбидными особенностями личности, с полом и возрастом индивида в начале заболевания.

К одним из общих проявлений диссоциативного процесса при шизофрении относится несоответствие психической деятельности внешним раздражителям, что проявляется в поведении больных. Оно становится неадекватным условиям жизни, окружающей обстановке, неправильным, непонятным. Поведение больных не определяется ни их прежним жизненным опытом, ни текущими событиями и обстоятельствами. Раздражители внешней среды вызывают случайные, непредвиденные реакции. Возникает потеря "смысла и чувства реальности".

У больных появляется аутизм - состояние, характеризующееся сочетанием интравертированности («жизнь в самом себе») с созданием оторванного от реальности мира, а часто и противоречивого ему круга представлений и понятий, при стремлении ограничить контакты с окружающими людьми. Особенностью аутизма больных шизофренией является духовная бедность, создающая впечатление внутренней спутанности.

Нарушение единства психики, расстройство внутренней связи психических процессов проявляется в мышлении больных и, соответственно, в их устной и письменной речи. Нарушается логическая стройность, правильность структуры и целенаправленности мышления. Изменение мыслительных процессов связано прежде всего с нарушением (ухудшением) избирательности актуализируемых знаний (дезактуализация мышления), что проявляется в расширении круга привлекаемых из памяти сведений за счет латентных, малозначимых, но объективно присущих, свойств предметов. Причудливость, странность, необычность обобщений больных объясняются своеобразием мышления, структуры мыслительной деятельности, при которой наряду с правильностью формальнологической стороны изменяется круг абстрагируемых знаний: латентные, малозначимые свойства предмета уравниваются с "сильными", теоретически и эмпирически значимыми свойствами предметов. Мышление отрывается от действительности, становится непродуктивным - резонерство. При нём утрачивается координация не внутри фразы или предложения, а между предложениями и целыми блоками предложений. Больной в конце концов теряет первоначальную тему. Нарушается путь познания: от простого, конкретного больные переходят к отвлеченному, но возврат к конкретному на основе обобщения, объединения чувственного и абстрактного не удается, и они становятся глубокомысленными резонерами.

В речевой продукции больных при относительной сохранности грамматической связи исчезает связь логическая, смысловая - речевая разорванность. Высказывания больных нередко носят характер полунамеков, туманных метафор, неясных двусмысленностей - патологическая символизация. Содержание понятий становится изменчивым, сочетаются по созвучию совершенно разные слова, термины и понятия сгущаются в одном слове, образуя новые, часто вычурные слова - неологизмы. В высказываниях повторяются одни и те же слова, обороты речи - речевые стереотипы. При нарастании расстройств мышления речь больных перестает быть средством общения, средством обмена мыслями.

Эмоциональные реакции больных становятся неадекватными ни внешним обстоятельствам, ни собственным мыслям, ни поступкам. Одним из самых ранних симптомов шизофрении является эмоциональное оскудение; которое проявляется ослаблением эмоций по отношению к близким людям, снижением интересов, снижением тонкой эмоциональной ньюансировки и дезактуализацией увлечений. По ходу дальнейшего течения процесса ослабление чувств больного, общее снижение его интересов становится все более заметным, эмоциональный дефицит становится заметен даже внешне - лицо больного становится пустым и безразличным. Наступает чувственная тупость. Обнаруживается характерное для шизофрении одновременное, как бы параллельное ослабление как высших человеческих, так и низших инстинктивных чувств. Угнетается пищевая и половая активность ("половой тупик"), Наблюдается феномен "стекло и дерево"- сочетание тупости и ранимости; качественная неадекватность эмоциональных реакций, несоответствие их выраженности силе раздражителей; одновременное существование противоположных эмоциональных реакций - эмоциональная амбивалентность и партимия - наличие неадекватных эмоциональных реакций. Возможно развитие еще одного психопатологического феномена - регрессивной синтонности (симптом Фернандес) - излишняя откровенность с посторонними людьми, "обнажение чувств", неадекватное ситуации. При прогрессировании заболевания нарастает оскудение чувств, эмоциональная тупость, апатия.

Снижение психического энергетического потенциала проявляется в уменьшении активности и инициативности больных, до полной потери энергетического потенциала, ослабления воли. При утрате нормальной энергии больные гиперстеничны и неутомимо деятельны в одной узкой области. В характере их нет настойчивости ("стали") и нет гибкости в приспособлении к реальной жизни ("резины"). При отсутствии грубых расстройств памяти и сохранности запаса знаний больные интеллектуально непродуктивны, бездеятельны - гипобулия, абулия. С течением времени абулия все более нарастает и приводит не только к распаду волевых актов, но и к нарастающему ограничению автоматических и инстинктивных действий. Возможно наличие извращенных действий - парабулия. Сюда относятся парамимии и парапраксии. Это различные ужимки, гримасничанье, особая манерная мимика, прищуривание глаз, необычные позы и странная походка, манерные движения.

Патологические ощущения, испытываемые больными шизофренией, отличаются странностью и необычностью. Слуховые, обонятельные, тактильные галлюцинации, галлюцинации общего чувства неопределенны, изменчивы и житейски мало понятны. Преобладают слуховые псевдогаллюцинации: интрапроективные "голоса" узнают, повторяют, комментируют мысли и желания больного, рассказывают об окружающих, приказывают, противоречат друг другу, рассуждают на отвлеченные темы. Иногда у больного возникает ощущение звучания вслух собственных мыслей - симптом «звучания мыслей», их открытость (доступность) окружающим - так называемый симптом «открытых мыслей».

Сенестопатии - разнообразные, вычурные, неприятные ощущения, проецирующиеся во внутренних органах, теле человека.

Деперсонализация - чувство собственной измененности, нарушение самоидентификации. Проявляется у больных во всех её вариантах, включая изменения мыслей и чувств, отчуждение мыслей и чувств, утрату чувств, "двойное Я" и полная деперсонализация, с отчуждением не только всех психических процессов, но и физических свойств (мысли, чувства, поступки, движения - все "сделанное", "искусственное").

Аффективные расстройства - носят полиморфный характер. В маниакальных состояниях преобладают грубость, раздражительность, возможные сочетания с кататоническими и бредовыми расстройствами. При депрессиях аффект тоски выражен не резко. Преобладают состояния вялости, апатии; при обострениях - с бредовыми и кататоническими расстройствами. В целом, присутствует налёт психопатоподобной окраски аффекта.

Истероподобные расстройства - однообразные, грубые, монотонные, с бедными аффективными реакциями, отрывочными идеями отношения и рудиментарными галлюцинациями

Навязчивости при шизофрении характеризуются монофобиями, преобладанием абстрактных мыслей, при которых слабо выражена аффективная окраска и достаточно быстро исчезает элемент борьбы. Расширение навязчиво-стей происходит в виде присоединения стереотипных моторных и идеаторных ритуалов. Критика к навязчивостямснижается; они становятся трудноотличимы от бреда и психических автоматизмов.

Бредовые идеи - разнообразны по содержанию, с преобладанием бреда воздействия и преследования. Мало связаны с реальными жизненными отношениями. Психологически необоснованны, охватывают чрезмерно широкий, невероятный круг событий, действующих лиц и проблем.

СИСТЕМАТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Формы шизофрении

До сих пор принято выделять 4 основные формы шизофрении:

1. кататоническая;
2. параноидная;
3. гебефреническая;
4. простая.

Выделение определенных форм (типов) болезни вполне закономерно, т.к. различие в клинической симптоматике - прежде всего выражение патогенетических особенностей разных форм заболевания.

Простая форма - в большинстве случаев начинается в пубертатном и юношеском возрасте (14-20 лет). Характерно медленное, крайне постепенное, как бы "крадущееся" (по О. В. Кербикову), течение. В начале болезни обнаруживаются черты вялости, пассивности, ослабления активности. Ранее живой подросток утрачивает тягу к общению, живость интересов. Тяготится учебой и перестает ей интересоваться, пропускает занятия. Сужается круг интересов больного, появляется холодное и неприязненное отношение к родным и друзьям. Иными словами, нарастающая пассивность больного выявляется наряду с эмоциональной тупостью, хотя еще и не резко выраженной. На этом фоне возможны неврозоподобные (псевдоневрастенические) расстройства. Позже больной теряет интерес не только к учебе, но и к своим близким, окружающему, своей судьбе. Эмоциональная тупость становится более выраженной, более четко обнаруживаются и особые ассоциативные расстройства в виде атактических замыканий. Больной перестает следить за собой, теряет интерес к своей внешности, обнаруживает выраженную абулию. Заболевание течет непрерывно, не давая спонтанных ремиссий, с быстрым формированием слабоумия по специфическому шизофреническому типу.

Продуктивная симптоматика возможна в начале заболевания и обычно весьма скудна, в виде кратковременных галлюцинаторных эпизодов и не стойких отрывочных бредовых идей преследования, отношения, особого значения. В большинстве случаев заболевание течет непрерывно на протяжении многих лет, проявляясь лишь собственно шизофренической симптоматикой и завершается специфическим слабоумием. Эта форма заболевания является самой злокачественной, всегда ведет к ослабоумливанию и имеет непрерывно-прогредиентный тип течения.

Гебефреническая форма - начинается в юношеском возрасте, чаще до 18 лет, но может начаться и позже. В начальном периоде возможны неврозоподобные проявления в виде аффективных реакций, капризности, неустойчивости настроения чаще истероформного характера. Такое постепенное неврозоподобное начало на фоне нерезко выраженного охлаждения к родителям и формализации отношений с близкими может затягиваться на месяцы. Затем возникают картины весёлого поведения с чертами особой двигательной расторможенности и дурашливости, могут появляться и депрессивные состояния. Появляются черты резонерства; речь больного обильная, мало конкретная, с утратой четкости и потерей первоначальной темы. В речи уже обнаруживаются атактические замыкания. Довольно быстро на первый план в симптоматике выходит гебефренический синдром с картиной дурашливости, шаловливости, детскости в поведении; больные все время в движении, ходят по палате и коридору, бегают по койкам, все время громко разговаривают и кричат, громко хохочут, принимают величественные позы, отдают воинскую честь, строят гримасы, вытягивают губы хоботком, говорят с детским сюсюканьем. Характерны импульсивные действия, неожиданные выходки, нелепые шутки. В целом, поведение больных приобретает характер клоунады. Вместе с этим, в период развёрнутой гебефренической картины ярко выражены все основные шизофренические расстройства. Больные холодны к родным, безразличны к своему положению и своей судьбе, эмоционально неадекватны. Выражение лица вычурное, мимика манерная, наблюдаются двигательные и речевые стереотипии, вычурные движения, парапраксия. Обычно налицо все формы атактического мышления: резонерство, атактические замыкания, неологизмы, порой столь обильные, что речь больных достигает степени атактической спутанности и становится непонятной.

Кроме того, у больных наблюдаются галлюцинации, чаще слуховые и висцеральные; отрывочные бредовые идеи преследования, отравления, сексуального воздействия и величия, иногда - бред метаморфоза, которые никогда не складываются в систему, отличаются нелепостью и полиморфностью. Временами отмечается картина двигательной заторможенности, чаще - субступорозного характера, но нередко идо степени полного ступора (кататоно-гебефренные состояния). Затем заторможенность вновь сменяется гебефренным поведением с дурашливой клоунадой на фоне грубо выраженной эмоциональной тупости, ассоциативной атаксии и манерных действий. Заболевание течет непрерывно и быстро достигает конечного состояния с выраженным шизофреническим дефектом.

Кататоническая форма - часто возникает в молодом возрасте, но может начинаться и значительно позже. Начинается заболевание либо медленно, приступообразно, либо остро, каким-то аффективным (депрессивным или своеобразным маниакальным) синдромом, которому нередко предшествует неврозоподобное состояние. Начальные депрессии при данной форме отличаются выраженностью моторной заторможенности, монотонностью речи, амимичностью и ипохондричностью больных; маниакальные - веселостью с оттенком дурашливости и шаловливости, двигательным и речевым возбуждением манерностью и элементами резонерства. При тех или иных аффективных состояниях уже заметны черты чувственной неадекватности.

В дальнейшем, по мере редукции аффективной симптоматики, в состоянии больных нарастает двигательная заторможенность с мутизмом, утратой контакта с окружающими. В таких субступорозных, а затем и ступорозных состояниях у больных обнаруживаются явления двигательных стереотипии (позы, движения), эхопраксия. Мышечного напряжения нет, но тонус мышц повышен, налицо мышечный гипертонус, в условиях которого больные подолгу могут сохранять неудобные положения (явления каталепсии). Больные неполно, недостаточно воспринимают окружающее, а по выходу из ступора многое амнезируют. Можно установить, что в период заторможенности у них наблюдались галлюцинации, бредовые идеи и в части случаев обнаруживались признаки помрачения сознания по онейроидному или аментивному типу.

Время от времени такой кататонический ступор прерывается патетическим кататоническим возбуждением в виде умеренной, но непрерывной двигательной активности с манерностью, приподнятостью настроения и высокомерным пафосом в речи. При резкой выраженности такого возбуждения больные бегают, ползают, гримасничают, громко кричат, рвут одежду. Налицо атактические замыкания и эмоциональная неадекватность.

В других случаях переход начальной депрессии в субступорозкое состояние идёт более энергично на фоне явного мышечного гипертонуса, который, однако, при дальнейшем прогрессировании, не достигая мышечной напряженности, выливается в ступор, исключающий даже пассивные изменения положения частей тела больного. В этих случаях больной оказывает нарастающее сопротивление таким попыткам (пассивный негативизм), а иногда и совершает противоположное движение (ступор с негативизмом). Такой негативистический ступор, как и третья его разновидность - ступор с мышечным оцепенением, когда больной принимает внутриутробную позу и обнаруживает симптом "воздушной подушки", время от времени прерывается внезапным и бурным кататоническим возбуждением, протекающим с агрессивными, разрушительными тен-дендциями - импульсивное кататоническое возбуждение. При выходе больных в ремиссию или при растормаживании их до возможности речевого контакта, удается установить, что в ступорозном состоянии они полностью воспринимали окружающее, у них отсутствовали бред, галлюцинации и признаки помрачения сознания и в последующем сохранилась память о пережитом (люцидная кататония). Так же, как при онейродном варианте, у этих больных выявлялись атактические ассоциативные расстройства, чувственная неадекватность, разнообразные проявления парабулии.

Клинический опыт показывает (главным образом в случаях онейроидной кататонии) возможность весьма обильной продуктивной симптоматики (галлюцинации, псевдогаллюцинации, нелепый отрывочный бред) в рамках ступорозных и субступорозных состояний, которая, ослабевая, затем усиливается вновь и так многократно в динамике болезни. В таких случаях принято говорить о кататоно-параноидном состоянии.

В целом, клинические наблюдения убеждают в крайнем полиморфизме клинической картины кататонической формы шизофрении, в динамике которой часты неполные ступорозные (субступорозные) состояния; неразвернутые состояния возбуждения и этапы течения заболевания, когда на первый план может выходить параноидная или гебефреническая симптоматика. Течение заболевания чаще склоняется к приступообразно-прогредиентному.

Параноидная форма - наиболее частая, возникает позднее предыдущих, в 20-30 лет. В большинстве случаев наблюдается медленное, постепенное развитие заболевания. В начальном периоде отмечаются своеобразные нев-розоподобные состояния довольно широкого спектра - от псевдоневрастенических до истероморфных и навязчивых. Своеобразием этого этапа является еще не грубое, не резко выраженное ослабление эмоционального контакта больных с окружающими, в особенности с его родными и близкими; ослабление интересов. В условиях медленного развития болезни затем появляются эпизодические, но все учащающиеся периоды галлюцинирования, а так же сначала отрывочные отдельные бредовые идеи преследования, отравления, воздействия.

В период развитого процесса данная форма шизофрении представлена развёрнутым параноидным синдромом, основным содержанием которого является бессвязный, отрывочных нелепый бред воздействия, преследования, отравления и величия. Бредовые идеи лишены логики, не складываются в систему. Одновременно у больных наблюдаются галлюцинаторные переживания (чаще слуховые вербальные и висцеральные, а так же обонятельные и вкусовые) и разнообразные явления психического автоматизма (идеаторного, моторного, сенестопатического). Это складывается в характерный для шизофрении синдром Кандинского-Клерамбо (бред воздействия, преследования, вербальные псевдогаллюцинации, автоматизмы). Все это, сочетаясь, составляет сложный психический статус больного на фоне эмоциональной тупости, ассоциативной атаксии и парабулических явлений. Бросается в глаза отсутствие значительной чувствительной реакции больных (мимико-пантомимической, интонационной) на сложные бредовые и галлюцинаторные расстройства. На этом этапе больные полностью безразличны к своей судьбе, не скучают по родным, не тяготятся пребыванием в психиатрическом стационаре. В этот период часто наблюдается своеобразный симптом отчуждения близких. Больной не признает своих родителей, близких ему людей, называет их «чужими», высказывает мысли о том, что его «усыновили», а на самом деле его родителями являются другие люди. Симптом этот может наблюдаться и в начале заболевания, он в высшей степени характерен для шизофрении и тесно связан со свойственными ей эмоциональными расстройствами.

Течение параноидной фирмы шизофрении может быть как непрерывно-прогредиентным, так и приступообразно-прогредиентным, т.е. в последнем случае предусматривается возможность у больных спонтанных ремиссий.

ОСОБЫЕ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Эти формы не всеми психиатрическими школами включаются в рамки шизофрении. Иногда их рассматривают как отдельные психические заболевания, иногда же их включают в число других нешизофренических психических расстройств - причисляют к расстройствам личности (психопатиям), к маниакально-депрессивному психозу и т.п.

I. Вялотекущая шизофрения - псевдоневротическая и псевдопсихопатическая шизофрения, пограничная шизофрения, шизотипическое расстройство по МКБ-10 (Ф-21), пограничное и шизотипическое расстройство личности по психиатрической систематике в США по DSM -IV). Начало заболевания постепенное, а развитие обычно медленное. Даже без лечения возможны значительные улучшения, вплоть до практического выздоровления. Основные негативные симптомы шизофрении при данной форме выражены слабо, иногда мало заметны, особенно в начале болезни. В одних случаях картина сходна с затяжными неврозами, в других - с психопатиями.

А) Неврозоподобная шизофрения - чаще всего напоминает картину затяжного обсессивного невроза, реже ипохондрического, невротической деперсонализации, а в подростковом возрасте - дисморфомании и нервной анорексии.

Обсессии отличаются от невротических неодолимостью, большой силой принуждения. Больные могут совершать нелепые ритуалы часами, не стесняясь посторонних. Могут даже заставить совершать ритуалы других людей. Фобии утрачивают эмоциональный компонент; о страхах говорят без волнения, они бывают особенно нелепы. Тем не менее, наплывы навязчивостей могут доводить больного до суицида.

Ипохондрические жалобы крайне вычурны и нелепы («кости рассыпаются, "кишечник сбился в комок"), часто возникают мучительные сенестопатии. Астения отличается монотонностью. О деперсонализации чаше свидетельствуют жалобы на "изменение самого себя"; дереализация выступает в высказываниях о «незримой стене» между собой и окружающим миром. Дисморфоманические переживания нелепы и не имеют под собой никаких оснований. Аноректический синдром выражается в вычурных и необычных диетах, в нечёткой и немотивированной причине голодания. У мальчиков упорная анорексия чаше оказывается началом шизофрении.

Наряду с неврозоподобными расстройствами могут возникать идеи отношения. Больные считают, что на них все смотрят, над ними смеются, делают неприличные намеки.

Б) Психопатоподобная шизофрения - (латентная шизофрения, гебоидная, псевдопсихопатическая, препсихотическая или продромальная шизофрения) - по клинической картине сходна с различными типами психопатий -шизоидной, эпилептоидной, неустойчивой, истерической.

С шизоидной психопатией сходен синдром нарастающей шизоидации. Усиливается замкнутость. Ухудшаются отношения с родными и близкими, жизнь заполняется необычными хобби, падает работоспособность; больные склонны экспериментировать над собой, нелепо фантазировать.

При наличии черт сходства с эпилептоидной психопатией, кроме постоянной угрюмости и замкнутости, характерна холодная жестокость. Внезапно появляются и исчезают мало мотивированные аффекты злобы. Сексуальность может обращаться на членов семьи (у юношей чаще на мать). Больные могут наносить себе повреждения, бывают опасны для окружающих, проявляют сексуальную агрессивность.

При сходстве с клиникой неустойчивой психопатии легко оказываются в асоциальной компании, алкоголизируются, принимают участие в хулиганских действиях. Но в этих группах остаются чужаками, пассивными наблюдателями или исполнителями чужой воли. С близкими держатся холодно-враждебно, учёбу и работу забрасывают, любят надолго уходить из дома, могут пьянствовать и употреблять наркотики в одиночку, но даже при интенсивном употреблении физическая зависимость от различных веществ формируется слабее.

При сходстве с истерической психопатией больной постоянно разыгрывает одну и ту же роль («супермена», «таланта», кокетки и т.д.) без учёта ситуации и впечатления окружающих. Отсутствует присущий истерикам тонкий артистизм, умение оценить обстановку. Но зато выражены утрированные гримасы, кривлянье, манерность в сочетании с холодным безразличием к близким, с патологической ревностью, имеется тенденция к нелепому фантазированию.

II. Паранойяльная шизофрения (паранойя) - по МКБ-10 «бредовое расстройство».

В начале заболевания характерен монотематический бред (изобретательства, ревности, сутяжничества), к которому вскоре присоединяется бред преследования и величия. Все виды бреда соединяются в единый комплекс ("меня преследуют за все мои исключительные таланты"). Галлюцинации отсутствуют, но могут быть обусловленные бредом иллюзии.

Заболевание начинается исподволь, обычно в возрасте 30-40 лет, часто проявляется под воздействием психических травм. Бред формируется недели и месяцы и сохраняется многие годы. В периоды обострения больные начинают мигрировать, спасаясь от "преследователей", могут становиться опасными для окружающих, превращаясь в "преследуемых преследователей". В подобных ситуациях, доведённые до отчаяния, могут убить "неверную жену" или мнимого врага.

В отличие от параноидной шизофрении, бред внешне выглядит правдоподобным основывается на реальных событиях, действительных конфликтах, вполне вероятных поступках и словах окружающих. При оценке паранойяльных идей в качестве бредовых следует особенно тщательно проверить, являются ли эти идеи продуктом индивидуального творчества или той субкультуры, к которой принадлежит больной. Особенно осторожной должна быть диагностика паранойи в случаях бреда реформаторства. Настойчиво предлагаемые проекты перестройки общества не должны трактоваться как бредовые, даже если они являются продуктом индивидуального творчества. Критерием бреда служит явное противоречие здравому смыслу, например, предложение заточить всех алкоголиков в концентрационные лагеря, или закрыть все школы и перевести всех обучающихся на домашнее обучение.

III. Фебрильная шизофрения - «смертельная» - (гипертоксическая шизофрения, в старых руководствах -«острый бред») была выделена в 30-е годы благодаря работам Е.К. Краснушкина, Т.И. Юдина, К Stander, К Scheid. Встречается при рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Распознавание ее крайне важно, т.к. это состояние представляет опасность для жизни больных. Даже при лечении смертность достигает 20 %. Начало внезапное, болезнь развертывается за 1-2 суток. Развивается кататоно-онейроидное состояние с преобладанием ступора, чередующегося с периодами двигательного возбуждения. При углублении расстройств наблюдаются аментивноподобное состояние и гиперкинетическое возбуждение с хореиформными гиперкинезами.

Соматическое состояние больных тяжёлое: температура повышается от субфебрильной до 40° и выше. Температурная кривая не характерна для каких-либо соматических или инфекционных заболеваний и достаточно узнаваема - температура утром выше, чем вечером. Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие запёкшиеся губы, покрытые геморрагическими корками, гиперемия кожных покровов; возможен герпес, кровоподтеки на теле, спонтанные носовые кровотечения. Отмечаются патологические реакции сердечнососудистой системы; ослабление сердечной деятельности с падением АД, учащённым слабым пульсом. Часты коллапсы. Реакции крови неспецифичны: лейкоцитоз, лимфопения, токсическая зернистость лейкоцитов, увеличенная СОЭ. В моче обнаруживается белок, эритроциты, гиалиновые или зернистые цилиндры. Наибольшее повышение температуры приходится на период аментивноподобного и гиперкинетического возбуждения. Смерть может наступить от сердечной недостаточности (иногда на фоне мелкоочаговой пневмонии) в стадии аментивноподобного или гиперкинетического возбуждения при переходе в кому; от нарастания аутоинтоксикации и явлений отёка мозга.

IV. Приступообразная шизофрения, острая политоморфная шизофрения, (острый полиморфный синдром при приступообразной шизофрении, по МКБ-10 - "острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизофрении", по американской классификации - «шизофреноформное расстройство») - развивается в течение нескольких дней и удерживается в течение нескольких недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимания происходящего проявляется крайняя эмоциональная лабильность: без причины страх чередуется с эйфорическим экстазом, плач и жалобы - со злобной агрессией. Эпизодически возникают галлюцинации (чаще слуховые, вербальные), псевдогаллюцинации («голос внутри головы»), психические автоматизмы («сделанные кем-то мысли», звучание собственных мыслей в голове с ощущением, что они слышны всем - открытость мыслей). Обонятельные галлюцинации присутствуют и отличаются необычностью запахов («пахнет радиоактивной пылью») или причудливостью их обозначений ("сине-зеленые запахи").

Бредовые высказывания отрывочны, не систематизированы, одна бредовая идея сменяет другую, забывается. Бредовые высказывания обычно провоцирует обстановка: если у больного берут кровь - "его хотят заразить СПИДом, выпустить всю кровь, убить". Особенно характерен бред инсценировки: больницу принимают за тюрьму, где "все изображают больных". Нередко символическое толкование всего происходящего (больного положили на койку в углу - это означает, что в жизни его "загоняют в угол").

Во многих случаях даже без лечения приступ острой полиморфной шизофрении заканчивается выздоровлением. В связи с этим существует мнение, что диагноз шизофрении в таких случаях нужно ставить, если психоз затягивается на несколько месяцев.

V. Шизоаффективyые психозы (реккурентная, периодическая, циркулярная шизофрения, атипичный аффективный психоз) - занимают промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Поэтому эти психозы рассматривают то как форму шизофрении, то как атипичный аффективный психоз, то как их сочетание или как особое психическое заболевание. Проявляется депрессивными и маниакальными фазами с атипичной картиной. Между фазами бывают светлые промежутки (интермиссии), часто с практическим выздоровлением после первых фаз, но с признаками нарастающего шизофренического дефекта по мере их повторения.

Атипичные маниакальные фазы - характеризуются тем, что кроме повышения настроения, речедвигательного возбуждения, идей величия, обычно разворачивается бред преследования "большого размаха". Сам бред величия становится нелеп, он может переплетаться с "активным" бредом воздействия. В этом случае больные утверждают, что они могут воздействовать на других людей каким-либо образом. Бред отношения принимает эйфорическую окраску. Возникают слуховые галлюцинации, которые дают советы, учат, угрожают.

Явления психического автоматизма проявляются неприятным наплывом мыслей в голове, ощущением, что мозг работает как компьютер или "передатчик мыслей". Характерен бред инсценировки: больные считают, что все вокруг переоделись, разыгрывают порученные им роли, всюду "что-то творится", "идет киносъемка".

Атипичные депрессивные фазы - отличаются не столько тоской и угнетенностью, сколько тревогой и страхом. Больные даже не могут понять, чего они боятся («витальный страх»), или ждут каких-то ужасных событий, катастроф, стихийных бедствий. Легко возникает бред преследования, который может сочетаться с бредом самообвинения и отношения ("из-за ужасного поведения расправятся с его родственниками", на больного все смотрят, «потому что глупость видна на лице").

Депрессивную окраску приобретает бред воздействия («создают пустоту в голове», «лишают половой потенции»), бред инсценировки (кругом переодетые тайные агенты и провокаторы, чтобы подвести больного под арест), дереализация («все вокруг как неживое») и деперсонализация («стал как будто неживым»). Могут возникать галлюцинации (слуховые), описанные при параноидной шизофрении (угрозы, обвинения, приказы).

Смешанные состояния: особенно характерны для повторных фаз. Одновременно сосуществуют депрессия и маниакальные симптомы. Больные взвинчены, гневливы, активны и стремятся всеми командовать и во всем участвовать. При этом жалуются на скуку, иногда на тоску и беспричинную тревогу. Иx высказывания и эмоциональная окраска часто не соответствуют друг другу. С веселым видом могут говорить, что их заразили сифилисом, и с тоскливым выражением лица о том, что голова переполнена гениальными мыслями.

Онейроидные состояния: чаще развиваются на высоте маниакальных фаз, реже депрессивных. Картина соответствует описанной выше онейроидной кататонии.

Продолжительность всех видов фаз различна - от нескольких дней до нескольких месяцев. Светлые промежутки разнообразны по длительности. Иногда одна фаза сменяет другую, иногда межу ними проходит много лет.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ ПО МКБ-10

Рубрика Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

F20 Шизофрения

F20.0 Параноидная шизофрения

F20.1 Гебефреническая шизофрения

F20.2 Кататоническая шизофрения

F20.3 Недифференцированная шизофрения

F20.4 Постшизофреническая депрессия

F20.5 Резидуальная шизофрения

F20.6 Простая шизофрения.

Типы течения шизофренических расстройств могут быть классифицированы, используя следующие пятые знаки:

F20.x0 Непрерывный

F20.xl Эпизодический с нарастающим дефектом

F20.x2 Эпизодический со стабильным дефектом

F20.x3 Эпизодический ремиттирующий

F20.x4 Неполная ремиссия г F20.x5 Полная ремиссия

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F25 Шизоаффективное расстройство

F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

F2 5.1 Шизоаффективный психоз

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Систематика шизофрении, основанная на синтезе синдромологии и общих тенденций течения (А.А. Снежневский, 1960, 1966, 1969) включает 3 основных типа течения:

1. Непрерывный;

2. Приступообразный (периодический, реккурентный);

3. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный).

Хотя каждая форма течения содержит различные клинические варианты (см. ниже), отличающиеся по темпу прогредиентности, по возрастному фону, общий стереотип развития болезни внутри каждой из основных групп остается единым.

Непрерывнотекущий тип течения шизофрении.

Характерен для параноидной, гебефренической и простой форм. Этот тип течения наиболее полно отражает особенности шизофрении как прогредиентного заболевания, в клинических проявлениях которого сочетаются продуктивные и негативные симптомы. Без лечения болезнь развивается неуклонно и беспрерывно до возникновения дефекта. "Ремиссии" (в условном смысле) обычно бывают следствием лечения и удерживаются до тех пор, пока применяется поддерживающая терапия. Темп развития болезни различен:

A) малопрогредиентная, вялотекущая шизофрения - характеризуется вялым, доброкачественным течением, не глубокими изменениями личности, неврозоподобной, психопатоподобной и паранойяльной продуктивной симптоматикой.

Б) среднепрогредиентная, параноидная шизофрения характеризуется постепенной сменой паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов, нарастанием шизофренического дефекта и исходом в параноидное слабоумие.

B) злокачественная шизофрения - включает в себя простую шизофрению (быстрое нарастание шизофренического дефекта без продуктивной симптоматики), кататоническую (гебефреническую) и раннюю параноидную форму. Заболевание у этих больных возникает в подростковом и юношеском возрасте и в течение 3-5 лет приводит к выраженному дефекту (параноидное, кататоно-гебефренное и бормочущее слабоумие).

Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип течения шизофрении.

Характеризуется смешанным типом течения, при котором приступы чередуются с непрерывным течением. Начало обычно в подростковом возрасте, часто с изменений личности. Манифестные приступы длительны (несколько лет), особенно деперсонализационные и психопатоподобные (гебоидные). Последующие приступы полиморфны, сочетают в себе аффективные, неврозоподобные, бредовые и псевдогаллюцинаторные расстройства; либо мономорфные, в которых доминируют расстройства параноидного ряда (острый параноидный синдром, острый синдром Кандинского-Клерамбо, вербальный галлюциноз, острый парафренный синдром). Возможно течение с утяжелением каждого последующего приступа. Может быть исход в непрерывное течение. В ремиссиях отмечаются выраженный инфантилизм, психопатизация, чудаковатость, нажитая циклотимия, остаточная продуктивная симптоматика. Ремиссия - светлый промежуток, который может быть полным (практически временное выздоровление) и неполным (с признаками шизофренического дефекта или с остаточными симптомами прошедшего приступа).

Прогноз в случаях приступообразно-прогредиентной шизофрении должен быть осторожным: отмечаются случаи поздних ремиссий после многолетних кататоно-бредовых приступов, а так же - повторные тяжелые приступы после многолетних ремиссий.

Наиболее типичен для параноидной формы шизофрении.

Приступообразный (периодический, рекуррентный) тип течения шизофрении.

Характеризуется полиморфностью приступов онейроидно-кататонического или аффективного типов. Первые приступы, обычно стертые, аффективные, не всегда распознаются. Манифестные приступы более глубокие, с помрачением сознания, псевдогаллюцинациями, фантастическим бредом. С течением времени происходит удлинение приступов, но клиническая картина их становится более простой (аффективной). Частота приступов различна: от 1-2 в течение жизни, до ежегодных обострений. Возможно возникновение серии приступов с кратковременными и неполными ремиссиями. Изменения личности выражены незначительно в виде легкой астенизации, снижения активности, повышения сенситивности и полярных колебаний аффекта.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения, как и большинство заболеваний, проходит в своем развитии несколько стадий: инициальную, стадию развития заболевания, конечную.

Инициальная стадия - возникает остро, подостро и медленно (постепенно). При остром начале шизофрении продуктивная психопатологическая симптоматика возникает внезапно, бурно и нарастает в течение нескольких дней. У больных отмечается растерянность, аффект недоумения, тревоги и страха, бредовое восприятие окружающего ложные узнавания, симптом инсценировки. Характерно для острой начальной шизофрении состояния возбуждения или ступора (чаще кататонического). Параноидный синдром при остром начале характеризуется более конкретными бредовыми расстройствами, яркими галлюцинациями, выраженной эмоциональной реакцией, беспорядочной сменой аффекта. Состояние больного крайне изменчиво, различные синдромы сменяют друг друга или сочетаются одновременно в статусе больного. Острое начало наблюдается при приступообразном типе течения заболевания.

При развитии заболевания и нарастании его на протяжении недель и месяцев говорят о подостром начале шизофрении. Симптоматика в этом случае характеризуется изменениями личности с нарастанием аутизма и эмоционального оскудения, либо с грубостью, расторможенностью, дурашливостью. Выявляются навязчивости, сенестопатически-ипохондрические расстройства, депрессия. Постепенно утрачивается критика к своим ощущениям, навязчивости приобретают характер автоматизмов, ипохондрические расстройства - характер бредовых идей, депрессивная заторможенность - вялости или кататонического ступора. Подостро чаще манифестируют приступы приступообразно-прогредиентной шизофрении.

При медленном, постепенном развитии шизофрении бывает трудно установить год начала заболевания. Оно возникает незаметно, меняя характер, личность больного. Отмечается появление вялости, снижение или изменение интересов, явления "метафизической интоксикации", аутизм, эмоциональное оскудение, неадекватность. Полиморфные навязчивости возникают по типу тиков, двигательных стереотипии, постепенно становятся чрезвычайно инертными, однообразными с исчезновением компонента борьбы, быстрым присоединением ритуалов. Возникают деперсонализационные расстройства, истерические, сенестопатически-ипохондрические. Бредовые идеи характеризуются паранойяльным синдромом, постепенно расширяющимся и усложняющимся. Медленное начало характерно для непрерывной вялотекущей и параноидной форм. Конечные состояния при шизофрении характеризуются различной степенью шизофренического дефекта от снижения уровня личности с астенизациеи и дисгармонией до выраженного слабоумия.

Среди конечных состояний отмечаются:

* апатическое слабоумие с уменьшением психической активности и нарастанием аутизма;
* параноидное слабоумие с отрывочными бредовыми идеями величия, отдельными слуховыми галлюцинациями, распадом бредовой системы, непостоянными кататоническими расстройствами;
* "бормочущее слабоумие" - с преобладанием стереотипного беспокойства, гебефреническими проявлениями, эпизодами кататонического возбуждения с негативизмом, речевого возбуждения в виде невнятного бормотания без побуждения извне (разорванность до вербигерации - шизофазия).

ПРОГНОЗ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Смертельные исходы бывают при фебрильной шизофрении, суициды наиболее опасны при императивных слуховых галлюцинациях, при атипичной депрессии (шизоаффективные психозы), при постшизофренической депрессии.

Шизофреническим дефектом завершается без лечения параноидная, гебефреническая и простая формы. При острой полиморфной шизофрении каждый приступ может закончиться и практическим выздоровлением, и выраженным дефектом. При повторении приступов дефект обычно нарастает, за что их называют "шубами" (т.е. сдвигами). Дефект может поначалу проявляться изменениями характера типа нажитой астенизации, психопатизации, подозрительности, паранойяльного толкования окружающего, чудаковатостью, резидуальными психотическими расстройствами.

Даже при интенсивном лечении прогностически малоблагоприятными признаками являются гебефреническая симптоматика, синдром Кандинского-Клерамбо, обонятельные галлюцинации, стойкий вербальный галлюциноз, а так же нарастающая прибавка массы тела без улучшения психического состояния.

При вялотекущей шизофрении прогноз значительно лучше. Около 1/3 случаев завершается хорошей стойкой ремиссией, граничащей с практическим выздоровлением; в другой 1/3 психопатоподобные или неврозоподобные нарушения оказываются стойкими и препятствуют социальной адаптации; наконец, еще в 1/3 случаев вялотекущая шизофрения сменяется параноидной или простой формой.

Паранойя трудно поддается лечению, и улучшение происходит нередко лишь с постарением и падением активности.

При шизоаффективных психозах прогноз тем лучше, чем ближе картина фаз к маниакально-депрессивному психозу.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ

Уже давно признанной в развитии шизофрении считается роль наследственности, но сущность ее не ясна. Среди кровных родственников, страдающих этим заболеванием достоверно больше, чем в общей популяции. Если один из монозиготных близнецов заболевает шизофренией, то, как правило, заболевает и другой. Риск заболевания шизофренией для детей больного составляет в среднем около 15% при условии здоровой наследственности со стороны другого родителя. Если с другой стороны имеются сведения о заболевании шизофренией среди кровных родственников, то этот риск в зависимости от степени родства может достигать 40%. Для племянников и племянниц, внуков, двоюродных братьев и сестер риск снижается до 3-4 %. Закономерности передачи наследственных задатков болезни и тем более его механизмы не ясны. Никаких достоверно связанных с шизофренией хромосом или иных маркеров наследственности не установлено. Предполагается, что этот же наследственный фактор может проявляться у других кровных родственников некоторыми типами психопатий и акцентуаций характера (шизоидными, паранойяльными, сенситивными и др.).

А.В. Снежневскому (1972) принадлежит учение о "нозосе" и "патосе" шизофрении. Pathos - наследственно обусловленная возможность развития шизофрении, которая проявляется в конституциональных шизоидных чертах характера, или же следствие перенесенной шизофрении -различной степени дефект. Nosos - сама болезнь, активный процесс. Патос может перейти в нозос под влиянием провоцирующих факторов или в силу неясных для нас причин, нозос снова может завершиться патосом.

Провоцирующие факторы удается обнаружить во многих случаях. Только простая форма развивается без всяких видимых причин. Острую полиморфную и кататоническую шизофрению нередко провоцируют инфекции, любые лихорадочные заболевания. Вялотекущая шизофрения развивается постепенно, но болезнь становится очевидной для других нередко после некоторых психических стрессов, например, при ломке жизненного стереотипа (переезд на новое место жительства, смена учебного заведения или работы). В других случаях провокаторами служат "условно-патогенные факторы" - адресующиеся к слабому месту преморбидного типа акцентуации (публичное осмеяние при сенситивной акцентуации характера, утрата ценных вещей при эпилептоидной акцентуации).

Провокатором параноидной шизофрении могут послужить психические травмы, алкогольное опьянение или употребление наркотиков, особенно гашиша и амфетамина. Гебефрения обычно начинается на высоте полового созревания и связанных с этим бурных нейроэндокринных сдвигов, которым и приписывают провоцирующую роль.

Первые и последующие фазы шизоаффективных психозов нередко возникают после черепно-мозговых травм, даже легких, эмоционального стресса (особенно пережитого сильного испуга).

Существуют и психогенные теории возникновения шизофрении. Согласно этим теориям, наибольшее внимание уделяется детскому возрасту. Имеет значение неправильное отношение матери к ребенку (доминирует гиперпротекция с ее стороны или наоборот, эмоциональное отвержение и предъявление ребенку непосильных и противоречивых требований) - "шизофреногенная мать". Вероятно, что психогенные факторы являются способствующими, но не ведущими в развитии заболевания.

В начале нашего века наблюдался повышенный интерес к поискам возможного инфекционного возбудителя шизофрении, но до сих пор вирусная теория развития шизофрении остается неподтвержденной.

Некоторыми психиатрическими школами выдвигаются предположения о роли иммунологических и эндокринных факторов в развитии шизофрении. Эти предположения в настоящее время изучаются.

Патогенез шизофрении остается неясным, несмотря на многолетние исследования в этом направлении. Одна за другой сменялись теории и гипотезы, отражающие теоретические воззрения соответствующей эпохи или основывающиеся на появившихся новых методических подходах в области нейрофизиологии, биохимии, эндокринологии, иммунологии и др. Например, в 20-е годы, в эпоху становления эндокринологии, шизофрению пытались представить как "полигландулярную эндокринную недостаточность". В 50-е годы, в эпоху распространения учения И.П. Павлова об условных рефлексах - как "запредельное торможение" и "фазовые состояния" в коре головного мозга. В дальнейшем, патогенез искали в нарушении ретикулярной формации головного мозга. Суть патогенеза пытались увидеть в аутоинтоксикации гипотетическими ядами. В дальнейшем биохимические гипотезы строилась на нарушениях различных ферментных систем, обмена биогенных аминов (катехоламинов, индоламинов), нейропептидов и др. Иммунологические теории связывали патогенез с нарушениями неспецифического иммунитета или с образованием противомозговых антител.

Практически все обнаруженные при шизофрении нейрофизиологические, биохимические, иммунологические и другие отклонения либо оказались неспецифическими, либо в лучшем случае, коррелировали только с отдельными синдромами или состояниями при этой болезни.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Детская шизофрения - встречается относительно редко. Начало обычно постепенное, с беспричинных и нелепых страхов, двигательных и речевых стереотипии (бесконечное повторение одних и тех же движений, выкрикивание одних и тех же слов). Патологические фантазии не отделяются от реальности. Возможно наличие рудиментарных галлюцинаторного и бредового компонентов. Течение чаще злокачественное. Дефект, кроме основных негативных симптомов, сочетается с остановкой развития психики на том возрастном этапе, когда болезнь проявилась. Поэтому болезнь в раннем детстве приводит к сочетанию шизофренического дефекта и отставания интеллектуального развития, а в преподростковом и подростковом возрасте - к стойкому психическому инфантилизму.

Подростковая шизофрения - обычно протекает с разнообразными психопатоподобными нарушениями. Вялотекущая шизофрения может только ими и ограничиться;

параноидная, простая и гебефреническая - с них начинается. Среди неврозоподобных картин встречается дисморфомания, аноректический и деперсонализационно-дереализационный синдромы, "метафизическая интоксикация". В этом же возрасте дебютирует гебефрения.

"Поздняя" шизофрения - начинается в пожилом возрасте, а иногда даже в старческом. Встречается редко. Признается далеко не всеми психиатрическими школами. Для этого возраста характерен парафренный синдром и тревожно-бредовые депрессии. В бредовых идеях преобладает бред "малого размаха", в который включается непосредственное окружение больного (соседи, родственники и пр.). Поражаются ею чаще женщины. В преморбиде, как правило, преобладают шизоидные и паранойяльные черты. Галлюцинаторный компонент выражен в зрительных, тактильных и обонятельных расстройствах. Поздняя шизофрения отличается хроническим течением заболевания и худшим прогнозом, вопреки общему правилу, что чем позднее шизофрения возникает, тем успешнее она лечится.

ДИФФЕРЕЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основой построения диагноза шизофрении и отграничения ее от других психических заболеваний у взрослого человека - является специфическая для нее симптоматика - собственно шизофренические негативные или дефицитарные расстройства в виде эмоциональной тупости, атактического мышления, абулии с парабулией. Всесторонний анализ проявления психических болезней показывает, что атактическое мышление и эмоциональная тупость с неадекватностью, столь свойственные шизофрении, ни при каких других заболеваниях не встречаются. Даже начальные неврозоподобные синдромы при шизофрении выявляются на фоне специфического ослабления эмоционального фона больных, нарастающего ослабления их чувств, хотя еще и мало выраженных. То же можно сказать и о появлении в это время мыслительных расстройств атактического типа. Развернутые же психотические синдромы при шизофрении обычно «пронизаны» этими специфически шизофреническими расстройствами.

Наибольшие диагностические трудности возникают при отграничении кататонической и особенно параноидной формы шизофрении от соответствующих форм инфекционных, соматогенных, токсических, травматических и др. экзогенных психозов в период их хронизации. Кроме характерных для этих психозов анамнеза, соматических и неврологических расстройств, следует иметь в виду и психопатологические особенности формообразующей симптоматики. Так, при параноидных синдромах экзогенных психозов, обычно налицо яркая и адекватная эмоциональная реакция на галлюцинаторные и бредовые явления, а так же адекватное этим продуктивным и эмоциональным расстройствам поведение. При шизофрении нет единства идеаторных, эмоциональных, волевых проявлений в рамках потока сознания. Больным параноидной формой шизофрении не свойственна астения, столь характерная для соответствующих синдромов экзогенных психозов.

Недостаточен для обоснования шизофрении и факт прогредиентности заболевания без учета характера этой прогредиентности. Для шизофренического распада психики (в отличие от грубо органического ослабоумливания) характерно не ослабление основных форм познавательной деятельности (памяти и интеллекта), а, напротив, относительная их сохранность при невозможности их утилизации в приспособительном плане к окружающему из-за отсутствия внутреннего единства мыслительных, эмоциональных, волевых процессов, т.е. из-за диссоциации психических функций.

В частности: параноидную шизофрению следует дифференцировать с реактивными параноидами, если приступу предшествовала психическая травма. При реактивных параноидах симптоматика может редуцироваться при разрешении психотравмирующей ситуации. Острая полиморфная шизофрения может иметь по своей клинике много общего с интоксикационными и инфекционными психозами. Окончательный диагноз обычно выясняется в процессе длительного наблюдения. Фебрильную шизофрению следует отличать от острого злокачественного нейролептического синдрома. Шизоаффективные психозы бывают трудноотличимы от МДП.

В целом, дифференциальный диагноз шизофрении от других психических заболеваний основывается на выявлении собственно шизофренической симптоматики и специфического характера ослабоумливания по типу диссоциации психических функций в рамках хронического психического заболевания, что определяется комплексно с учётом данных экслерементально-психологического исследования.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лечение практически всегда является комплексным, длительным и подбирается относительно индивидуально. В целом, лечение складывается из биологической терапии (психотропные лекарственные средства, шоковые, эфферентные методы и др.), психотерапии и специальных мер и методов, направленных на социальную адаптацию больного (комплекс этих мер называется реабилитацией). Начинать лечение нужно как можно раньше, проводить его "активными" методами с учетом синдромальной клинической картины, типа течения, стадии заболевания и возраста больного.

Психофармакотерапия - является одним из ведущих способов лечения шизофрении, выбор препаратов определяется ведущей симптоматикой. Наиболее часто в лечении используют типичные и атипичные нейролептики, выбор которых определяется клинической картиной заболевания

При параноидной шизофрении, если преобладает бред - чаще применяют трифтазин (стелазин) -до 50-70 мг/сут. Если больше выражены галлюцинации и психические автоматизмы, то используют галоперидол -10-40 мг/сут. Возможны комбинации аминазина до 300-500 мг/сут. с галоперидолом (или трифтазином). Можно применять этаперазин до 200 мг/сут., при недостаточном эффекте трифтазина можно применять мажептил от 15 до 80 мг/сут. При хроническом течении более эффективен лепонекс (азалептин) до 300 мг/сут.

При наличии психотических параноидных эпизодов смешанного типа при малой эффективности традиционных нейролептиков и при плохой их переносимости (нейролепсии) эффективно назначение атипичного нейролептика зипрекса (оланзапин) в дозе от 10 до 20 мг/сут; атипичного нейролептика солиан (амисульприд) от 400 до 800 мг/сут; атипичного нейролептика сероквель (кветиапин) от 300 до 450 мг/сут.

При гебефренической шизофрении и при кататоническом возбуждении используют мажептил (60-80 мг/сут), лепонекс (до 400 мг/сут.), галоперидол (до 20-40 мг/сут), клопиксол (клопиксол-акуфаз -50мг в/м, клопиксол-депо -200 мг в/м).

Кататоническое возбуждение купируется так же аминазином - до 300 мг/сут, в/м. При онейроидной кататонии эффективен тизерцин при введении парентерально.

При простой шизофрении более эффективны активизирующие нейролептики - модитен-депо, френолон, малые дозы трифтазина, семап (пенфлюридол) и атипичные нейролептики, которые способны тормозить развитие негативной симптоматики - зипрекса, солиан.

Наличие аффективных расстройств в структуре клинической картины предполагает назначение антидепрессантов и нормотимиков, транквилизаторов и др.

При депрессивных и депрессивно-параноидных вари антах приступообразной шизофрении конкретные схемы лечения определяются тяжестью депрессии и ее психопа тологической структурой. При депрессиях с моторной за торможенностью показаны мелипрамин (до 300 мг/сут.) в комбинации с меллерилом, трифтазином или хлорпротиксеном; при тревожных депрессиях - комбинации амитриптилина с элениумом, седуксеном или феназепамом. При большей выраженности бреда и галлюцинаций показано сочетание амитриптилина до 200-300 мг/сут. с трифтазином или френолоном.:'

При вялотекущей шизофрении применяют, в зависи мости от преобладающей симптоматики: при обсессиях и фобиях - феназепам, галоперидол, рисполепт; при депрессивной симптоматике (дисморфомании) - добавляют антидепрессанты. Астено-ипохондрический синдром требует сочетания нейролептиков и антидепрессантов, например, седуксена с эглонилом; феназепама или трифтазина с амитриптилином или пиразидолом.

При наличии психопатоподобных проявлений целесообразно назначение неулептила, галоперидола, аминазина, модитен-депо.

При паранойе бредовые переживания стараются дезактуализирозать трифтазином, солианом.

Терапия шизоаффективных психозов проводится в зависимости от фазы. При маниакальных фазах эффективен галоперидол, клопиксол (в таблетированной и ампульной формах), меньше аминазин. При депрессивных - амитриптилин, пиразидол, в сочетании с флюанксолом, трифта-зином (т.к. галоперидол и аминазин, устраняя бред и галлюцинации, могут затягивать депрессию).

В период интермиссии для предотвращения новых фаз сочетают малые дозы трифтазина с карбамазепином (финлепсином), применяют клопиксол, оланзапин, солиан. Кроме того, во время ремиссии и интермиссии целесообразно назначение пролонгированных форм нейролептиков (модитен-депо, галоперидол-деканоат, клопиксол-депо, рисполепт-конста).

Фебрильная шизофрения требует интенсивной терапии, с применением различных видов детоксикации. Возможно применение больших доз аминазина, если нет угрозы развития злокачественного нейролептического синдрома.

Есть опыт применения ноотропов в сочетании с нейролептиками, которые назначаются в среднетерапевтических дозах в случаях наличия астенической симптоматики, когнитивных расстройств, нейролепсии, во время фебрильных приступов.

Не утратило своего значения применение инсулино-терапии, которая пролонгирует и углубляет ремиссии при шизофрении и способствует же возникновению ремиссий у больных с непрерывнотекущей шизофренией.

ЭСТ - электросудорожная терапия, применяется редко, в комбинации с другими средствами не более 10-15 сеансов через день. Наиболее эффективна при вялых депрессивно-параноидных состояниях, кататонии, шизо-аффективвых психозах и фебрильной шизофрении.

Психотерапия - является вспомогательным, но, тем не менее, необходимым средством. Ее значение возрастает по мере выхода из состояния острого психоза. При неполных ремиссиях на фоне поддерживающей терапии психотропными средствами регулярная психотерапия может оказаться решающем фактором в предотвращении рецидивов и опасных действий больного, например, суицидов. Виды применяемой терапии в условиях стационара и в амбулаторных различны: коммуникативные тренинги, психогимнастика, психодрама, контактный тренинг, терапия творческим самовыражением, гештальттерапия, семейная психотерапия.

Реабилитация - комплекс мер по возможному сохранению, а при утрате - восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. Госпитализация должна быть минимальной по длительности. Как только позволяет состояние больного, необходимо использовать домашние отпуска, перевод в дневные стационары, активное наблюдение в диспансере. К реабилитационным мерам, по мере поддерживающею лечения, относят психотерапию и социотерапию. Чтобы отвлечь больного от болезненных переживаний, используют "лечение занятостью". Одинокие больные особенно нуждаются в социальной помощи - содействии и устройстве быта. При неспособности больных вести свои дела, суд может назначить им опекунов.

ЭКСПЕРТИЗА

Судебно-психиатрическая - признает невменяемыми больных, совершивших уголовно наказуемые действия в период психоза или неполной ремиссии. Судом им назначается принудительное лечение либо в больницах общего типа по месту жительства, либо в психиатрической больнице специального типа, если вследствие опасности больного требуется строгий надзор за ним. Отмена принудительного лечения осуществляется так же через суд, по его определению.

Во время полных ремиссий больные признаются вменяемыми. При появлении у больного высказываний, которые должны свидетельствовать о психотической симптоматике, необходимо учитывать возможность метасимуляции - нарочитого предъявления тех расстройств, которые были у больного во время психоза.

Оценка дееспособности проводится на данный момент времени. Недееспособными признаются больные при выраженной картине психоза, когда они неспособны отдавать отчет в своих действиях. То же относится и к тяжелому шизофреническому дефекту.

Трудовая экспертиза - определение инвалидности осуществляется обычно в хронических случаях. При тяжелом дефекте или при длительном психотическом состоянии, не поддающемся лечению, больные могут быть не только нетрудоспособны, но и нуждаться в постоянном надзоре и уходе. Больным простой и гебефренической формой непрерывно текущей шизофрении чаще всего определяется 1 или 2 группы инвалидности. Решение вопроса трудоспособности зависит не только от формы и типа течения заболевания, не и от глубины ремиссии и от ее продолжительности, от выраженности шизофренического дефекта, сохранности трудовых установок.

Военная экспертиза - больных шизофренией признают негодными к воинской службе со снятием с воинского учета.

Больным шизофренией не разрешается вождение автотранспорта, за исключением случаев индивидуального решения вопроса с учетом клиники и данных психологического обследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

На приеме у врача больной в ясном сознании, правильно ориентирован в окружающей обстановке и собственной личности. Рассказывает, что уже около года ощущает на себе постороннее влияние. Предполагает, что с ним "работает какая-то организация", члены которой с помощью «телепатических аппаратов» действуют на его мысли, чувства, движения. Ощущает, как его собственные мысли «исчезают», а на смену им приходят "посторонние" мысли; его мысли становятся известны окружающим, путаются, перебиваются. В связи с этим он не может сосредоточиться, выполнять свою работу. В голове возникают посторонние "голоса", незнакомые, не различимые по полу и возрасту. Они не похожи на реальные. Голоса бранят больного, приказывают что-либо делать. Последнее время "голоса" стали угрожать убить, уничтожить его и всю семью. Чувствует, как у него помимо его воли меняется настроение, "голоса" при этом говорят: "плачь, смейся", он им подчиняется. "Под воздействием аппаратов" шевелит языком, производит движения руками, головой. Эти люди преследуют его всюду, он не знает, кто они, но догадывается, что это организация, имеющая отношение к науке. Его выбрали для этой роли, т.к. он обладает свойством ощущать постороннее воздействие. С детских лет - он чувствительный, малообщительный, обидчивый, интересовался вопросами физики, техники. В подростковом возрасте увлекся вопросами передачи мыслей на расстоянии, много читал, еще больше отдалился от товарищей. Окончив школу и институт, стал работать в НИИ, где с первых дней работы понял, "что находится под надзором", что "за ним следят", проверяют его. Замечал на улице и на работе подозрительных людей, которые следили за ним. Примерно через 3 года убедился в своих предположениях, почувствовал на себе воздействие "аппаратов", передающих ему мысли, разговаривающих с ним. Обратился к врачу "для проверки здоровья", т.к. в будущем, на работе, к которой его готовят он должен иметь "железное здоровье". Считает, что голоса принадлежат людям другой партии, и с его помощью они будут разгромлены. Интересы ограничены вопросами возможности передачи мыслей на расстоянии. Стал хуже справляться с работой, не тяготится плохими отношениями с сотрудниками; равнодушен к жене и детям. Был понижен в должности, лишен премии, но говорит об этом спокойно. Мимика бедная, однообразная. Речь обстоятельная, многословен. Склонен к пустому рассуждательству. Уверен в справедливости своих высказываний. Разубеждению не поддается. Все факты интерпретирует лишь в плане своих идей. Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы у больного?
2. Сформулируйте синдромальный диагноз.
3. Определите негативную симптоматику.
4. Проведите возможную дифдиагностику.
5. Определите тактику врача общего профиля.
6. Каковы принципы лечения больных с данным за болеванием?

Эталон решения задачи: в психическом статусе выявляются бредовые идеи преследования, воздействия с явлениями психического автоматизма: воздействуют аппаратами на мысли, чувства, движения; отмечаются слуховые псевдогаллюцинации, иногда императивного характера (голоса, отличающиеся от реальных, возникают внутри головы, при помощи телепатического аппарата, приказывают что-либо). Есть расширение системы бреда: сначала проверяли, затем стали готовить к чему-то; в преследование включается все большее число людей. Психическое состояние больного можно квалифицировать как галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо).

Для того чтобы обосновать нозологический диагноз нужно знать особенности изменений личности и течения болезни. В данном случае заболевание возникло у личности с шизоидными чертами в анамнезе, около 4 лет назад, протекает непрерывно. Начало характеризовалось паранойяльным синдромом (интравертированным систематизированным бредом преследования), который примерно через 3 года трансформировался в параноидный синдром.

Больной изменился по характеру, стал еще более замкнутым, ограничились интересы, выявились снижение активности, работоспособности, эмоциональная холодность, резонерство в мышлении.

Таким образом, сочетание галлюцинаторно-параноидного синдрома с изменениями личности шизофренического типа, непрерывное течение болезни со сменой, паранойяльного синдрома параноидным позволяет поставить диагноз непрерывно текущей параноидной шизофрении, дифференцировать необходимо с психогенными симптоматическими, органическими психозами.

Наличие шизофренических изменений личности, отсутствие психической травмы в анамнезе, соматогенного заболевания и органической патологии позволяет остановиться на диагнозе шизофрении. Врач общего профиля, зная, что подобные состояния опасны для больного и окружающих, а лечение проводится в условиях психиатрического стационара нейролептиками, должен под любыми предлогами оставить больного в поликлинике до приезда СПП.

Задача 2

Больной А., 21 год, считает себя больным в течение 1-1,5 лет, когда появилось ощущение повышенной утомляемости, вялости, усталости. Незначительное интеллектуальное напряжение вызывает головную боль, раздражительность, сонливость днем. Ночью стал плохо спать, снизился аппетит. Перестал справляться с учебными нагрузками, потерял интерес к учебе, перестал посещать институт. Все дни проводит дома, лежа в постели, ничем не занят. Считает, что "переутомился", что ему нужен отдых, а существующий ежедневный режим работы ему "не под силу". Его нервная система "ослаблена" 10-ти летним обучением в школе и экзаменами. Он мог бы работать по сокращенному рабочему дню, 2-3 часа в день. Без ежедневных 2-3 часовых прогулок он интеллектуально не работоспособен. В беседе многословен, обстоятелен, склонен к рассуждательству. Не тяготится обстановкой психиатрической больницы, хотя психически больным себя не считает, равнодушен к окружающему, к беседе с врачом.

Вопросы:

1. Сформулируйте синдромологический и предположительный нозологический диагноз.
2. Какие сведения необходимы для окончательного диагноза?

Эталон решения задачи: в психическом статусе больного выявляются, характерные для астенического синдрома: повышенная утомляемость, слабость, головные боли, раздражительность, плохой сон и аппетит. Астеническая симптоматика возникла без видимых причин, на фоне обычной учебной нагрузки. Кроме того, в статусе больного можно обнаружить некоторые личностные особенности: многословие в беседах, склонность к рассуждательству, неадекватные требования к условиям работы, отсутствие эмоциональной реакции на стационирование в психиатрическую больницу. Настоящее состояние можно квалифицировать как астенический синдром у личности с некоторым эмоциональным снижением, склонностью к резонерству, чудаковатостью. Можно предположить у больного диагноз шизофрении, непрерывнотекущей (вялотекущая неврозоподобная).

Для подтверждения диагноза необходимы сведения из анамнеза больного о наличии или отсутствии психических травм, соматогений, органического заболевания ЦНС, об особенностях характера больного до заболевания и изменениях их в процессе болезни. Необходимо также неврологическое обследование для исключения у больного органического заболевания ЦНС.

Задача 3

Больная Б., 27 лет, заболела 6 дней тому назад: стала тревожной, тоскливой. Высказывает идеи самообвинения, вспоминает прошлые мелкие проступки, считает, что все окружающие знают о ее "прегрешениях", осуждают ее, ждут ее смерти. Считает, что вина ее настолько велика, что из-за нее может пострадать "весь мир", "люди всей Земли". Она своей смертью "спасет мир от гибели". Предполагает, что она находится не в больнице, а в тюрьме, что вокруг нее здоровые люди, специально одетые в больничные халаты. Они своими жестами, мимикой и поведением "как бы разыгрывают спектакль", намекая на ее грешную жизнь. Просит скорее назначить "судебное разбирательство", "окончить дело", т.к. "душевные муки невыносимы". Больная не находит себе место от тревоги, заламывает руки, пытается наносить себе повреждения. Лицо тоскливое, скорбное.

Из анамнеза известно, что в детстве и юности отличалась общительным, ровным, веселым характером, была приветливой, доброй, активной. В возрасте 21 год перенесла приступ тревожной депрессии, с чувством собственной измененности и изменением восприятия окружающего мира. Все вокруг казалось нереальным, отдалившимся. Себя воспринимала иной: "внутренне изменилась", исчезли все чувства, мысли; казалось, что все окружающие замечают, что она изменилась, обращают на нее внимание, осуждают. Этот приступ, как и настоящий, возник без видимых внешних причин, длился около 6 месяцев. После лечения в стационаре больная вернулась к прежней жизни, работе, чувствовала себя удовлетворительно, но стала менее активной и общительной, более раздражительной, конфликтной с окружающими, несколько более равнодушной к близким.

Вопрос: придерживаясь схемы диагностического поиска, сформулируйте синдромальный и нозологический диагноз, определите Вашу тактику при лечении данной больной.

Эталон решения задачи: настоящее состояние больной квалифицируется как депрессивно-параноидный синдром, характеризующийся тоскливо-тревожным настроением с ажитацией, бредовыми идеями самообвинения, самоуничижения, осуждения, бредом интерметаморфозы (инсценировки), приобретающим характер громадности: виновата за прошлые мелкие проступки перед всем миром, все знают об этом, вокруг разыгрываются специально для нее сцены, из-за нее погибает весь мир. Анализируя данные анамнеза и настоящего статуса, можно думать о приступообразном характере заболевания, первый приступ которого развился в возрасте 21 года и характеризовался депрессией с деперсонализацией и дереализацией.

Приступообразное течение психоза, возникшего в молодом возрасте и сопровождавшееся перечисленной выше симптоматикой позволяет проводить дифференциальный диагноз между МДП и шизофренией, текущей периодически. Изменения характера больной, возникшие по еле первого приступа, депрессивно-параноидный характер второго приступа в еще молодом возрасте (27 лет) позволяют говорить о периодически протекающей шизофрении. Суицидальные тенденции больной и ее поведение требуют неотложной психиатрической помощи. Врач общего профиля обязан в данном случае принять меры для стационирования больной в отделение, а до приезда врача-психиатра оградить ее от любой возможности совершить суицидальную попытку, проводить психотерапевтическую беседу, ввести в/м или в/в седуксен 0,5% 2,0-4,0 мл. или 20-40 мг. внутрь, нейролептики с выраженным седативным эффектом - тизерцин 2,5% 1.0-2,0 мл. в/м или в/в или 25-50 мг. внутрь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Снежневский А.Б. "Шизофрения", М., Медицина, 1972.
2. Торри Э. Фуллер "Шизофрения", С-Пет. "Питер", 1996
3. Руководство по психиатрии под ред. А.Б. Снежневского - т. 1, М., 1983)
4. Руководство по психиатрии (под ред. Г.В. Морозова -т.2, М., 1988)
5. Каплан Г.К. Сэдок Б. Дж. "Клиническая психиатрия", т. 1. М., 1994
6. Коркина М.В., Лакосина К.Д., Личко А.Е. "Психиатрия" М., 1995
7. Сметанников Л.Г. "Психиатрия", С-Пб., 1995
8. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. "Лечение психически больных" М.. 1881

9. Менделевич В.Д. "Психиатрическая пропедевтика" М., 1997