

1
ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени
профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Шизотипическое расстройство личности»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Литвинов Ю.С.

Проверила:

Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2023

Оглавление

1. Актуальность	2
2. Определение и эпидемиология.....	2
3. История изучения	3
4. Причины и факторы риска.	4
5. Диагностические критерии и синдромы.....	4
6. ПСЕВДОПСИХОПАТИЧЕСКИЕ (ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ) РАССТРОЙСТВА (F 21.4).....	6
6.1. Гебоидный синдром (синдром неустойчивого поведения)	8
6.2. Истериформный синдром	9
6.3. Импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром	10
6.4. Аутистический синдром	11
7. ПРОСТЫЕ И БЕДНЫЕ СИМПТОМАМИ РАССТРОЙСТВА	13
7.1. Дисмотивационный синдром	14
7.2. Амотивационный синдром (бедный симптомами)	15
9. Лечение	17
10. Прогноз	17
11. Вывод	17
11. Список используемой литературы.....	17

1. Актуальность.

Шизотипическое расстройство личности (ШРЛ) представляет собой одно из множества расстройств личности, описанных в МКБ-10. Это состояние характеризуется странными, эксцентричными поведенческими особенностями, которые могут включать в себя необычные убеждения, странные представления о реальности, аномальные переживания и затрудненные межличностные отношения. Актуальность изучения ШРЛ является социально значимой. Личностные расстройства, в том числе и шизотипическое, оказывают существенное влияние на социальное функционирование индивида. Люди, страдающие ШРЛ, могут испытывать трудности в установлении и поддержании отношений, что может привести к социальной изоляции и проблемам в трудовой сфере. Так же известно, что ШРЛ может сопровождаться другими психическими расстройствами, такими как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, так что чем раньше будет диагностировано расстройство, тем скорее можно будет приступить к лечению.

2. Определение и эпидемиология.

Шизотипическое расстройство — расстройство, характеризующееся чуждающимся поведением, аномалиями мышления и эмоций, не подходящее по диагностическим критериям для диагноза шизофрении ни на одной стадии развития: нет всех необходимых симптомов или они слабо выражены, стёрты. Симптомы могут включать странное или эксцентричное поведение, склонность к социальной изоляции, холодность или неадекватность эмоциональных реакций, параноидные идеи (не достигающие уровня

выраженного бреда), болезненные навязчивости, также могут быть редкие преходящие психотические эпизоды иллюзий или галлюцинаций. Часто сопровождаются сопутствующими заболеваниями. Более половины пациентов с шизотипическим расстройством личности имели ≥ 1 эпизод большого депрессивного расстройства и от 30 до 50% из них имеют большое депрессивное расстройство на момент диагностирования шизотипического расстройства личности. Эти пациенты часто также имеют расстройства, вызванные употреблением ПАВ.

3. История изучения

Предшественником шизотипического расстройства была концепция «латентной шизофрении» Блейлера, которую он ввёл в 1911 году. Блейлер описывал больных с мягкими симптомами шизофрении, у которых не наблюдалось ослабоумливающего течения, описанного Крепелином. В американской классификации шизотипическое расстройство впервые появилось в 3-м издании руководства — DSM-III (1980). Начиная с этого издания были исключены «латентная», «пограничная» или простая шизофрения. Для этих случаев было предложено использовать диагноз шизотипическое расстройство личности. Термин «шизотипический» введён Шандором Радо, и происходит от сокращения «шизофренический фенотип», что связано с предположением, что это характерологический фенотипический вариант шизофренного генотипа. В DSM шизотипическое расстройство относится к расстройствам личности и считается патологией характера, а не психической болезнью в строгом смысле этого слова. Описывается, что данное расстройство характеризуется «различными странностями мышления, восприятия, речи и поведения недостаточной степени тяжести, чтобы отвечать критериям шизофрении». В МКБ-9 была рубрика 295.5 — «латентная (вялотекущая, малопрогрессирующая) шизофрения». В МКБ-10 вялотекущая была упразднена, но появился её эквивалент — шизотипическое расстройство (F21). При этом в МКБ-10 возможно указание подтипа шизотипического расстройства четвёртым знаком, например F21.1 — латентной шизофрении, F21.3 — псевдоневротической (неврозоподобной) шизофрении, F21.8 — шизотипического расстройства личности и других. Некоторые российские психиатры рассматривают шизотипическое расстройство как «вялотекущую шизофрению» — термин, никогда не использовавшийся в западной психиатрии и отсутствующий в международной версии МКБ-10, МКБ-11 и в DSM-5. Термин упоминается только в адаптированной для использования в Российской Федерации версии МКБ-10: «В рубрику F21 включаются формы, которые в отечественной версии МКБ-9 квалифицировались как малопрогрессирующая или вялотекущая шизофрения». Психиатры в странах СНГ зачастую рассматривают в рамках шизотипического расстройства пограничную симптоматику: к примеру, в книге А. Б. Смулевича «Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния» к малопрогрессирующей шизофрении (синоним вялотекущей шизофрении) отнесён ряд невротических, астенических и психопатических состояний.

4. Причины и факторы риска.

Факторы, которые влияют на развитие шизотипического расстройства:

1. Наследственность — риск заболеть выше, если есть близкие родственники с психической патологией;
2. Биохимия — на возникновение заболевания влияет активность нейротрансммиттера дофамина, именно на этот механизм действует медикаментозная терапия; стрессовые ситуации и нездоровая обстановка в семье.

Хотя причины шизотипического расстройства — где-то между генетикой и обменом веществ, запускают болезнь чаще всего внешние факторы — психотравмы, стрессы, неудачи в общении со сверстниками.

5. Диагностические критерии и синдромы

Шизотипическое расстройство характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, но ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются; нет какой-либо преобладающей или типичной для шизофрении симптоматики. Для диагностирования шизотипического расстройства должны наблюдаться на протяжении более чем 2 последних лет не менее 4 из следующих признаков:

1. неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешёнными;
2. поведение или внешний вид — чужаковатые, эксцентричные или странные;
3. плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
4. странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
5. подозрительность или параноидные идеи;
6. навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
7. необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
8. аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
9. эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

При этом, состояние не должно отвечать общим критериям рубрики F20.

Систематика шизотипических расстройств может проводиться с учетом пропорции проявлений позитивного и негативного психопатологических векторов:

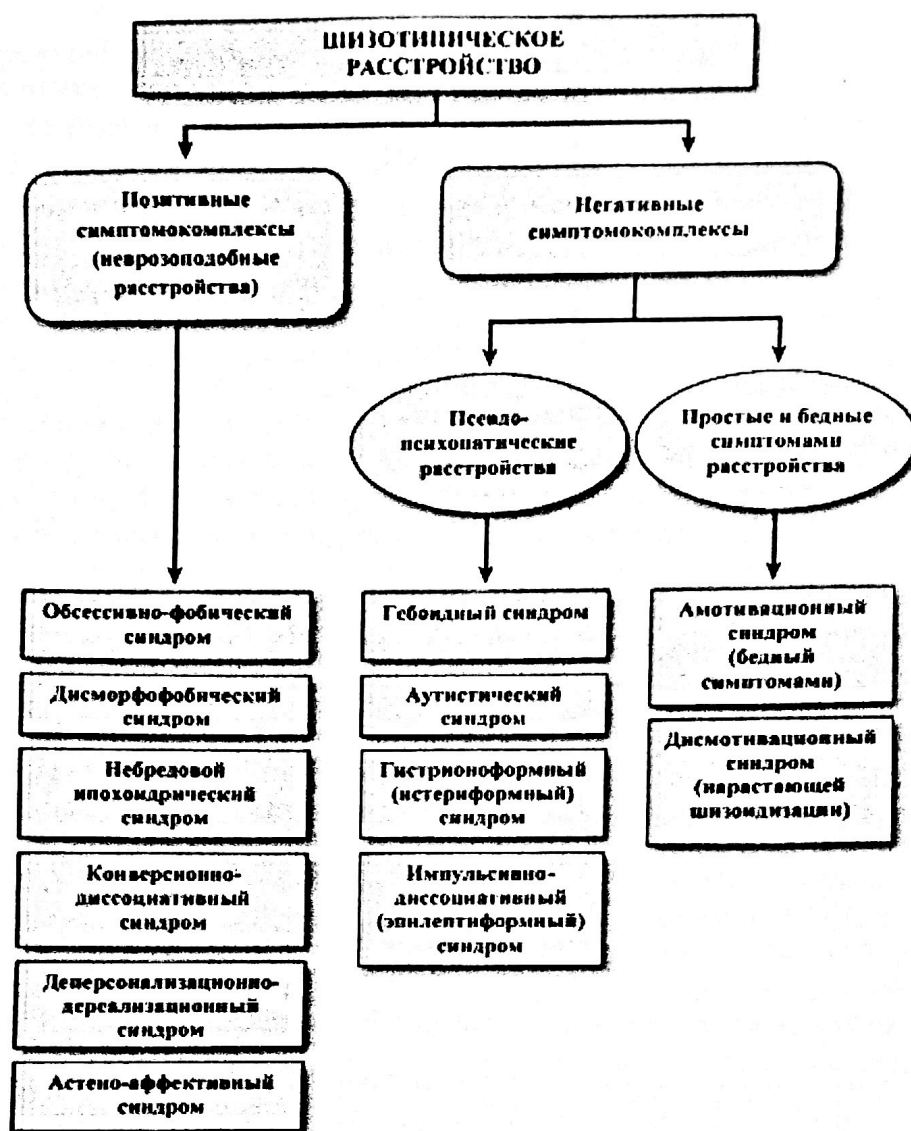


Рис. 1 – Систематика вариантов шизотипического расстройства.

Как показано выше, формирование вариантов ШРЛ реализуется по двум направлениям:

- а) нарастание психопатоподобной симптоматики, завершающееся формированием резидуальных псевдопсихопатических состояний;
- б) трансформация психопатологических расстройств (аутохтонная астения, расстройства самосознания в сфере интеллекта и телесной перцепции с феноменами отчуждения активности «Я», коэстезии), в дефицитарные (гипотонический или астенический дефект, дефект типа простого динамического опустошения). К негативным непсихотическим проявлениям аутохтонных психических расстройств в рамках заболеваний шизофренического спектра можно отнести псевдопсихопатические расстройства и бедные симптомами расстройства.

6. ПСЕВДОПСИХОПАТИЧЕСКИЕ (ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ) РАССТРОЙСТВА (F 21.4)

Эта форма, особенно вначале, может представлять большие трудности в отношении дифференциального диагноза с психопатиями. Диагностическая задача должна решаться путем сопоставления разных вариантов психопатоподобных картин с клиническими проявлениями личностных расстройств, с одной стороны, и негативной симптоматикой при шизофрении - с другой. Псевдопсихопатические расстройства в целом сходны по характеру патохарактерологических отклонений и поведенческих расстройств с расстройствами, наблюдаемые при психопатиях. Тем не менее, при психопатиях и то, и другое носит врожденный характер и проявляется с самого начала жизни.

При шизотипическом расстройстве психопатоподобные проявления встречаются в 26,5% случаев. Чаще они встречаются у мальчиков. Подростковый возраст, будучи периодом становления характера, видимо, именно в области характерологических сдвигов оказывается наиболее уязвимым. Если шизотипическое расстройство развивается в предпубертатном возрасте, то оно нередко начинается как неврозоподобное, а затем трансформируется в психопатоподобное. Психопатоподобная симптоматика при шизотипическом расстройстве нередко начинается с явлений так называемого искаженного пубертатного криза.

В целом, явления искаженного пубертатного криза могут быть разделены на четыре группы.

1 группа. Патологический пубертатный криз как самостоятельное патологическое состояние. Впервые такого рода патологический пубертатный криз в психиатрии был клинически описан К. Кальбаумом (1890). Он встречается достаточно редко, начинается в переходном возрасте и чаще развивается в рамках психопатической декомпенсации. Известно, что у предрасположенных к заболеванию личностей пубертатные изменения проходят дисгармонично, что квалифицируется как патологический пубертатный криз.

При этом для выделения патологического пубертатного криза в качестве самостоятельного психопатологического образования существенное значение имеют:

- хронологическое соответствие начала и редукции психопатологических проявлений периоду психо- и соматозендокринного созревания;
- усиление количества присущих данному человеку особенностей, а не появление качественно новых личностных черт;
- отсутствие до пубертата, и после его завершения, позитивной психопатологической симптоматики, характерной для той или иной нозологической формы;
- исключение истинной прогрессивности и отсутствие нарастания негативных личностных расстройств по шизофреническому или органическому типам.

2 группа. Проявления аффективных (циклотимоподобных, субдепрессивных, но подростково окрашенных) феноменов, характеризующаяся в подростковом возрасте сходством с симптоматикой искаженного пубертатного криза. В этом случае можно увидеть связь и зависимость симптоматики патологического пубертатного криза от аффективной патологии.

3 группа. Ситуации, когда патологический пубертатный криз является возрастным этапом в рамках шизофрении.

В этом случае трудности дифференциальной диагностики связаны с тем, что «психопатоподобные» синдромы имеют непатологические аналоги в структуре

пубертатной психики. Например, нормальное фантазирование, присущее возрасту - и бредоподобные фантазии, склонность к отвлеченным размышлениям, характерным для периода пубертата - и болезненное мудрствование (метафизическая интоксикация). Поэтому определение границ между нормальной психикой подростка со склонностью к вымыслам, психогенно обусловленным доминантам, оппозиционности, черствости, пробуждением влечений - и патологическим уровнем тех же образований всегда представляет большие трудности.

Однако, если «психопатические» нарушения, начинаясь в переходном возрасте, являются этапом шизофренического процесса, то психопатологические особенности состояния очень быстро теряют облик «искаженного пубертатного криза». В одних случаях происходит трансформация состояния в сторону появления признаков «нажитой» психопатии, в то же время отличаясь от нее грубостью психопатологических проявлений, нарастанием дефицитарных явлений и формированием шизофренического дефекта (чаще дистонического типа) со сниженным уровнем социального восстановления.

Такого рода состояния, вероятно, следует рассматривать в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении. В других случаях явления искаженного пубертатного криза в начале заболевания скрывают собой психопатоподобный этап умеренно-прогредиентной или даже злокачественной шизофрении. При таких особенностях в развитии заболевания на начальном этапе возможна ошибка диагностики (отнесение проявлений искаженного пубертатного криза к шизотипическому расстройству). Однако динамическое наблюдение за больным - нарастание позитивной симптоматики психотического уровня или скорости углубления дефекта (при простой форме шизофрении) позволяет в дальнейшем уточнить характер заболевания.

4 группа. Лишь она включает состояния искаженного пубертатного криза, протекающие в рамках шизотипического расстройства и представляющие проявления негативных тенденций заболевания. В таких случаях происходит либо личностный слом, возникновение новой сущности, изменяющей структуру личности больного, либо такое резкое усиление присущих пациентам личностных особенностей, которые порождают новое качество личности, характеризующейся диссоциативностью психопатологической симптоматики и несхожестью поведения.

Таким образом, негативная симптоматика при псевдопсихопатическом шизотипическом расстройстве проявляется, прежде всего, в усилении дисгармонии преморбидного личностного склада вплоть до выраженных характерологических «сдвигов», которые в одних случаях выражаются в появлении различных форм девиантного поведения, а в других - в аутистической трансформации личности.

При этом различные варианты псевдопсихопатий представлены не только находящимися на авансцене особенностями поведения пациентов и характером их взаимоотношений с внешним окружением, но также и особенностями восприятия, мышления и аффективной сферы. В дальнейшем, по мере развития заболевания, происходит формирование различной глубины дефекта, а именно:

- а) сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности;
- б) постепенное уплощение аффекта и исчезновение желаний при одновременном углублении безразличия;
- в) появление грубых когнитивных нарушений.

Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что постепенная трансформация личностных особенностей при шизотипическом расстройстве является сложным и неоднородным феноменом, правильная квалификация которого крайне важна для прояснения диагностики, оптимального подбора и соотношения психофармакотерапии, психосоциальных интервенций и тактики психотерапевтических усилий. В то же время такого рода особенности столь характерны для психопатоподобных картин при шизотипическом расстройстве, что породили тенденцию свести все их клинические проявления в один «гебоидный синдром», тем более что позитивные симптомы встречаются при них либо в качестве мимолетных явлений, не получающих развития и легко забываемых, либо, по существу, не отражаются на поведении. Однако в клинической реальности явления искаженного пубертатного криза не сводимы лишь к гебоидным его проявлениям. Можно выделить четыре формы псевдопсихопатического шизотипического расстройства:

- А. гебоидный синдром;
- Б. гистрионоформный (истериформный) синдром;
- В. импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром;
- Г. аутистический синдром.

6.1. Гебоидный синдром (синдром неустойчивого поведения)

В доболезненный период каких-либо особенностей характера, как правило, не наблюдается. Это в меру послушные, покладистые, не доставляющие родителям особых хлопот дети и подростки, однако не очень инициативные и лишенные особых интересов и увлечений. В какой-то момент в подростковом возрасте происходит «крутой перелом» характера. Однако критерий «перелома» сам по себе недостаточно надежен в диагностическом отношении. В частности, при акцентуациях по неустойчивому типу при относительно благополучном детстве, прошедшем под опекой старших, именно в подростковом возрасте может начаться довольно быстрое развертывание черт, свойственных этому типу характера.

Как и при развитии шизотипического расстройства, обнаруживается тяготение к праздности, безделью, легким развлечениям, стремление уклониться от учебы и всякого труда, примкнуть к асоциальным компаниям, получать примитивные удовольствия (алкоголь, эйфоризирующие и дурманные вещества). Появляется склонность к делинквентному поведению. В то же время, в отличие от неустойчивой психопатии, у пациентов с гебоидными проявлениями шизотипического расстройства уже в инициальном периоде заболевания обращает на себя внимание сочетание выраженного инфантильного эгоцентризма с гротескным стремлением к самоутверждению, грубой оппозицией к окружающему, полным игнорированием нравственных норм и ценностей, изощренной жестокостью с садистскими компонентами, отсутствием чувства жалости и сострадания, склонностью к импульсивной агрессии, отсутствием чувства долга, ответственности, стремления к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием.

При этом обращает на себя внимание изменение направленности влечений по мере взросления ребенка: влечение к воровству сменяется агрессивно-садистическим, которое, в свою очередь, трансформируется в дромоманию (уходы и бродяжничество), kleptomанию или сексуальные девиации. При гебоидном синдроме, протекающем в рамках шизотипического расстройства, подросток так же, как при психопатиях и

акцентуациях неустойчивого типа, может оказаться в асоциальной компании. Первый контакт с ней нередко бывает случаен. Однако, попав в такую группу и принимая участие в ее похождениях, подросток остается в этой группе «белой вороной». Эмоционально слиться с группой не удастся. Либо члены группы, либо он сам чувствуют какую-то отчужденность. Правонарушения могут совершаться как вместе с группой, так и в одиночку, но зачастую «во имя группы» или в качестве подражания ее членам, чтобы добиться их признания. Хобби могут ограничиться информационно-коммуникативным типом или поражать необычностью не менее, чем при синдроме нарастающей шизоидизации. Однако большой напряженности увлечений не встречается. Выбираются хотя и странные хобби, но не требующие упорного труда. Непродуктивность увлечений бывает достаточно отчетливой. При этом прежние, еще добротные, интересы не сохраняются. При этом варианте клиническая картина шизотипического расстройства обнаруживает наибольшее сходство с описанным К. Кальбаумом гебоидным синдромом, но, в отличие от гебоидофрении Кальбаума, отсутствуют грубые изменения личности в виде эмоционального оскудения, выраженных нарушений мышления и пр.

Таким образом, обобщенная характеристика пациентов с синдромом неустойчивого поведения, протекающего в рамках шизотипического расстройства, представлена карикатурно-утрированными психологическими проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, эмоциональной извращенностью и нарушением влечений. Характерны такие явления, как причудливость интересов, ранняя сексуальная расторможенность, ненависть к близким (или, по крайней мере, равнодушие к ним, пренебрежение благополучием семьи), агрессивное поведение, мировоззренчески окрашенные агрессивно-садистические влечения, полиморфные страхи (появление неопределенных или непонятных фобий). К этим проявлениям заболевания может присоединиться патологическое фантазирование, которое затрудняет адаптацию индивидуума к реальной действительности, а также не соответствует по своему характеру возрасту ребенка, наполнено необычным, вычурным. Со временем больные с гебоидным синдромом, протекающим в рамках шизотипического расстройства, становятся более социальными, чем в юности, однако развившиеся проявления шизофренического дефекта, психопатоподобный облик и линия поведения этих пациентов делает их «странными», «не похожими на других», «чужаками», «односторонне увлеченными вне рамок профессиональной деятельности». Трудовая адаптация и социальная компетентность этих больных снижены, их приспособление оказывается значительно хуже имеющихся потенциальных возможностей.

6.2. Истериформный синдром

В рамках шизотипического расстройства истериформный синдром характеризуется постепенным развитием и преобладанием, наряду с истериформной симптоматикой, негативных изменений, сопоставимых с психопатоподобным дефектом по типу искажения личностных черт. При этом наблюдается:

1. Наличие массивных гротескных проявлений таких истероидных личностных черт, как стремление обратить на себя внимание, претенциозность, театральность, лживость; при этом эмоции отличаются однообразием и парадоксальностью;
2. Грубые шаблонные истерические реакции с эмоциональной неадекватностью, более хаотичные и карикатурные, чем таковые при истерической психопатии, и приближающиеся к истерокататоническим феноменам;

3. Гипертрофированная демонстративность, жеманность и кокетливость, фальшивая наигранность, приобретающие черты манерности, что выражается в грубом кривлянии, позах, жестах и интонации голоса;
4. Стремление к реализации своих, ставших сверхценными, фантазий;
5. Инертность психопатологических проявлений – продолжающиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония, дисфагия, писчий спазм и др.
6. Холодность к близким, в которой больше бездушия, чем эгоизма.

В целом, поведение напоминает игру плохого актера, или даже злую карикатуру. Манерой вести себя и одеваться такие подростки вызывают у сверстников не интерес и любопытство, а презрение и насмешки. При этом истероидные феномены приобретают характер стереотипного штампа. Больные могут постоянно разыгрывать какую-то роль - поэта, музыканта, актера, родственника какого-либо известного лица - всюду ведут себя соответствующим образом, не замечая неуместности такого поведения и насмешек окружающих. Кроме того, на фоне истероидных черт могут проявляться элементы неустойчивого поведения - девочки, например, могут легко вступать в сексуальные контакты с незнакомцами. Однако в асоциальных группах эти подростки не удерживаются. Все это сочетается с выраженной психической незрелостью и рано возникающим нарушением критики и длительное время расценивается как глубокая истерическая психопатия с атипичной клинической картиной.

В последующем больные становятся малоинициативными, пассивными, сужается круг их интересов, привязанностей, снижается профессиональный уровень. Выявляются операциональные нарушения мышления: соскальзывания, актуализация латентных признаков, склонность к резонерству, а также паралогичность, наплывы мыслей, пустота в голове, иногда - обрывы мыслей. Общая тенденция развития заболевания с самого начала характеризуется нарастанием негативных явлений с последующим формированием астенического или дистонического типа дефекта. Постепенно истерические расстройства уступают место психопатоподобным - присоединяется шизоидизация (дистонический вариант дефекта), сопровождающаяся нарастающими когнитивными нарушениями, изменениями типа «зависимых» с безрассудным подчинением воле очередного, чаще всего случайного, партнера (как правило, преследующего лишь корыстные цели) с беспочвенными, формирующимися в полном отрыве от реальности, мечтами о замужестве, идеальных взаимоотношениях с объектом привязанности, характеризующийся феноменом принятия содержания собственных фантазий за действительность. Истерические расстройства, как правило, выступают в сложных связях с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими представлениями, вспышками генерализованной тревоги и сенесто-ипохондрическими симптомокомплексами.

6.3. Импульсивно-диссоциальный (эпилептиформный) синдром

При этом синдроме обнаруживается сходство с некоторыми чертами эпилептоидной психопатии, с которой и надо проводить дифференциальную диагностику. Следует всегда помнить, что при эпилептиформном синдроме рано возникшая нравственная тупость нередко является признаком перенесенного в прошлом приступа или медленно развивающейся шизофрении с синдромом неустойчивого поведения (гебоидными проявлениями) или хронической манией. В общении с людьми их отличает вспыльчивость, доходящая до приступов ярости и гнева. В школе они сквернословят, затевают драки; не достигнув совершеннолетия, начинают воровать, убегают из дома, бродяжничают. У них рано пробуждаются примитивные влечения с частыми сексуальными эксцессами,

склонностью к алкоголизму, который является вторичным и в большинстве случаев характеризуется атипичностью проявлений и отсутствием последовательности в формировании этапов зависимости, злоупотреблению наркотиками. При протекании эпилептиформного синдрома в рамках шизотипического расстройства обращает на себя внимание:

1. Жестокость, выступающая на первом плане - ужасающая и, что отличает от эпилептоидной психопатии, холодная агрессия, часто нелепая, перемежающаяся с периодами вялости;
2. Сочетание brutальных аффективных взрывов с общей эмоциональной обедненностью при отсутствии явлений постепенного накопления аффекта;
3. Наличие выраженного и малопонятно негативизма;
4. Внезапное и неожиданное, без ясных причин, окончание вспышек возбуждения, в отличие от эксплозивных вспышек у психопатических личностей, после которых в течение некоторого времени, иногда весьма продолжительного, остается аффективная напряженность с дисфорическим компонентом и готовностью к повторным взрывам аффекта.

Нарушения влечений, в отличие от эпилептоидной психопатии, не ограничиваются сферой сексуального и агрессивного инстинктов и часто распространяются на пищевой инстинкт (вычурные диеты, употребление в пищу несъедобных вещей). Можно наблюдать также исчезновение элементарной брезгливости. Сексуальные перверсии отличаются полиморфизмом, касающимся как объекта влечений, так и способа его удовлетворения. Разные нарушения влечений иногда сложно переплетаются и бывает трудно отнести их к какому-то определенному виду перверсии. Если начинается алкоголизация, то сразу обнаруживается склонность к тяжелому пьянству. Из прочих эпилептоидных черт бывает выраженным особое внимание к своему здоровью и тенденция к ипохондричности. Однако они сочетаются с недоверчивостью и подозрительностью при обследовании и лечении. Таким образом, анализ динамики эпилептиформного синдрома при шизотипического расстройства позволяет отграничить его от эпилептоидного, протекающего в рамках психопатий.

6.4. Аутистический синдром

В преморбиде обычно выражена шизоидная или психастеническая акцентуация. Развитие синдрома постепенное, чаще в старшем подростковом возрасте. Нередко впервые психопатологическая симптоматика выявляется при перемене пациентами привычных для них условий жизни, смене жизненного стереотипа, в связи с переездом в другой город, переменной школы и т. д. Бросается в глаза нарушение адаптации к окружающему, трудности контакта с людьми, появление замкнутости, отрешенности от окружающего, холодности к близким, безразличия к сверстникам, контактов с которыми пациенты практически не ищут, отсутствия стремления создать компанию единомышленников, уклоняются от игр и общего времяпровождения с ними. Они становятся неразговорчивыми, задумчивыми, одинокими.

В первом случае, к этому присоединяются дисморфофобические идеи, специфические для юношеского возраста. У пациентов появляется ощущение физической перемены. Некоторые фиксируются надолго на своих незначительных реальных физических недостатках и признаках своего телесного возмужания, придавая им решающее значение во взаимоотношениях с людьми. Пациенты испытывают чувство «внутренней напряженности», неловкости в присутствии посторонних лиц. У них появляется

несвойственное им раньше чувство «скованности», «искусственности» своего поведения. Больные говорят о неестественности выражения своего лица, улыбки, о несвободе своих жестов, походки, что они обычно связывают со своим смущением и внутренней скованностью. Они жалуются, что им трудно среди людей, что они не могут, как их сверстники, свободно и непринужденно себя вести, сойтись с товарищами, установить с ними хотя бы формальные контакты. В результате трудностей контакта с людьми больные начинают стесняться сверстников, уклоняться от игр с ними, общего времяпровождения, чувствуют себя лишними, «не такими, как все». У них возникает или резко усиливается нерешительность и неуверенность в себе. Любое, даже привычное, дело рождает колебания и раздумья.

Больные испытывают чувство нерешительности при ответах у доски в классе, сомневаются в правильности своих действий, беспокоятся о впечатлении, которое производят на окружающих. Характерны особого рода «пубертатные переживания» в возрасте, выходящем за рамки 25-летнего возраста: повышенное самонаблюдение, озабоченность своей внешностью и фиксация интересов вокруг нее с выраженной аффективной заряженностью размышлений, касающихся области осознания и совершенства своего физического «Я» и своих моральных поступков. Постоянно испытывая недовольство собой, они намечают многочисленные планы «исправиться». Больные постоянно ищут причины своих отличий, очень болезненно это переживают и это еще больше лишает их поведение непосредственности и непринужденности. На первый взгляд симптомы заболевания в этих случаях внешне выглядят как усиление в пубертатном возрасте характерологических особенностей личности. Отмечается диссоциация между психастеническими переживаниями и довольно стеничными формами отстаивания своей системы взглядов.

Фактически каждая мысль такого больного сопрягается с наличием противоположной ей по содержанию другой мысли. Содержание переживаний больного, приобретая черты инертности и однообразия, становится все более нелепым, теряя даже внешние признаки психологической понятности. Тимический компонент в основном представлен чувством безразличия, сочетающимся с тревогой или раздражительностью. При этом идеи бесперспективности, малоценности, собственной несостоятельности имеются у всех таких больных, тогда как идеи самообвинения оказываются нехарактерными. Отчетливой моторной и идеаторной заторможенности не отмечается. Может иметь место аутохтонно возникающая беспредметная тревога. В этом случае основанное ощущением собственной беспомощности осознание экзистенциальной опасности приводит к безуспешным попыткам найти ее источник, хотя рано или поздно больные начинают отдавать себе отчет в неадекватности бессодержательной тревоги и бесперспективности поиска ее причин.

В ином случае, в клинической картине доминирует увлеченность размышлениями, ранее не свойственными пациентам, носящими сверхценный характер с погружением в мир эзотерики, мистики; теоретические размышления направлены на «разработку» философских проблем - о смысле жизни и смерти, о материи и душе, о предназначении человечества, о самосовершенствовании личности, о переустройстве общества, о пятом и шестом измерениях и т. п. Для идеаторных разработок характерны непродуктивность (обусловленная снижением уровня абстрактного мышления), вычурность, резонерство, невозможность осмыслить изучаемую проблему в целом. Идеи, как правило, абстрактны, а вся деятельность больных полностью концентрируется на размышлениях о бессмысленности собственного и/или человеческого существования в целом.

Развиваемые «философские», «этические», «социологические» теории отличаются не только доморощенной примитивностью, но и явной внутренней противоречивостью, вычурностью, порою просто нелепостью. Подростки бывают целиком поглощены «своими проблемами», ради них все забрасывается - учеба, работа, развлечения, домашние обязанности. Они много читают, делают какие-то выписки, строчат трактаты. В беседе же обнаруживается поразительная неосведомленность в той области знаний, которая их привлекает. Прочитанное пересказывают сумбурно, основного смысла в нем не улавливают, выхватывают второстепенные детали. По содержанию «философские идеи» иногда приближаются к паранойяльному бреду, но отличаются от него отсутствием борьбы за претворение их в жизнь, сочетанием с общей неактивностью, вялостью: желание воплотить свои «идеи» высказывается, но никаких активных действий не предпринимается или выбираются явно неспособные достичь цели и даже нелепые приемы.

Тимический компонент представлен в основном апатическим и дисфорическим настроением. У больных с аутистическим синдромом легко возникают сверхценные идеи справедливости, диффузная подозрительность, сенситивные идеи отношения (по сути - расстройства бредового уровня). В результате этого пациенты начинают думать, что окружающие знают об особенностях их психического состояния по необычности облика и их смущению, что замечают их «глупую» улыбку, «ненормальное» выражение глаз, недостатки их фигуры и т.п. и обмениваются друг с другом мнением о них. При относительно неглубоком уровне депрессии отмечается высокий уровень суицидальной опасности (после рассудочного анализа складывающейся у больного ситуации и безуспешной и неразрешимой борьбы противоборствующих и противоречивых мотивов практически по любому поводу). При этом суицидальные попытки этих больных всегда возникают неожиданно для окружающих, и способы их особенно нелепы, жестоки и требуют проведения реанимационных мероприятий или оперативных вмешательств (в случае самопорезов). Чаще встречается амбивалентное и преднамеренное суицидальное поведение. Аутоагрессия больных с аутистическим синдромом отличается от таковой у психопатических личностей и имеет другую направленность: следы от нанесенных порезов обнаруживаются не только в области предплечий, но и на кистях, голенях, нередко одновременно наносились ожоги. Отмечается высокая частота повторных суицидальных попыток. С годами все больше выступает ослабление или даже утрата психической активности, больные становятся вялыми, монотонными, малоинициативными. Имеет место трансформация тревожной мнительности в подозрительность и настороженность, нерешительности - в амбивалентность, неуверенности - в рефлексию по типу бесплодного мудрствования, т. е. происходит видоизменение психастенического типа личности в так называемый синдром изменений личности по шизофреническому типу.

7. ПРОСТЫЕ И БЕДНЫЕ СИМПТОМАМИ РАССТРОЙСТВА

Такого рода расстройство характеризуется преимущественно негативными симптомами. При этом в одних случаях формирование картины заболевания начинается с характерологического «сдвига», сопровождающегося искаженной непродуктивной деятельностью, а в других - с медленного углубления психической дефицитарности (нехватка «жизненной энергии», снижение инициативы, активности, эмоциональная нивелировка), падения успеваемости, затруднения в усвоении учебного материала. В соответствии с этим можно выделить два варианта этого расстройства:

- А. Дисмотивационный синдром (нарастающей шизоидизации);
Б. Амотивационный синдром (бедный симптомами).

7.1. Дисмотивационный синдром

Синдром нарастающей шизоидизации является наиболее частым (39%) вариантом психопатоподобных изменений при шизотипическом расстройстве. Более чем у половины таких больных уже в преморбиде можно отметить личностные черты шизоидной акцентуацию. У остальных до начала болезни не выявляется каких-либо ярких черт характера и лишь в определенном возрасте - чаще всего в 16-17 лет - появляются и все более усиливаются шизоидные черты, достигающие иногда гротескных форм. Нарастает замкнутость, теряются прежние приятели, а новых не заводится, наступает некоторое охлаждение к близким. Учеба постепенно забрасывается. Иногда этому предшествует период усиленных, но малопродуктивных занятий - на выполнение домашних заданий тратится по многу часов, но они оказываются или невыполненными, или сделанными на низком уровне. Вскоре «руки опускаются» и пациенты начинают вообще уклоняться от учебы. Однако, выраженного «падения энергетического потенциала» не наступает. Вместо апатии и абупии нередко приходится наблюдать довольно напряженную деятельность в области необычных увлечений, причудливых интересов, или следует цепь энергичных, но поражающих своей нелогичностью поступков.

Характерен большой удельный вес крайних форм шизоидного поведения - от эксцентрической восторженности до полной пассивности и безразличия. Прежний контакт с больными обычно нарушается. Эмансипационные устремления подростков нередко проявляются в непонятных побегах или блужданиях по городу, по окрестностям, уходом в лес, в степь. Дальние побеги нехарактерны. Толковых объяснений причины уходов из дома обычно не бывает: «гулял» - отвечает на вопросы подросток, пробродивший без пищи несколько суток по лесам и болотам. Потеряв прежних приятелей, новых знакомств либо вообще не заводят, либо они поражают своей необычностью - больные вступают в близкий контакт со случайными, незнакомыми людьми, явно неподходящими для компании. Попытки примкнуть к подростковым группам либо не предпринимаются вовсе, либо быстро кончаются неудачей. Жизнь подростка может полностью заполниться необычными увлечениями (сбор неразорвавшихся боеприпасов, зарисовка планов города, маршрутов трамвая, сидение на всех подряд фильмах в кинотеатре). Хобби могут носить телесномануальный характер: многочасовое занятий гантелями, чтобы «нарастить мышцы» и «укрепить волю», подражание йогам, плавание в холодной воде и т.п.

Три черты отличают подобные патологические увлечения:

- 1) вычурность и необычность для данного возраста и поколения;
- 2) напряженность, крайнее озлобление, когда «мешают», заполнение ими всей жизни в ущерб развлечениям, прогулкам, сну, здоровью;
- 3) непродуктивность - никакого реального результата, тем более успеха, в излюбленной области не достигается, наоборот, иногда обнаруживается поразительная неосведомленность в азах, несмотря на непрестанные многочасовые занятия (увлекающийся химией не знает ее школьных основ, составитель планов городов элементарно не ориентируется в своем районе и т.п.). Алкоголизация нехарактерна для данного синдрома. В редких случаях небольшие дозы алкоголя употребляются в одиночку в качестве своеобразного допинга, снимающего напряженность и дающего трудно описываемые приятные ощущения. Зато курят нередко очень интенсивно. Правонарушения, если и совершаются, то обычно в одиночку и бывают связанными с

патологическими хобби (кража радиодеталей для «изобретательской работы», попытка устроить взрыв с целью испытать «новое оружие» и т.п.).

При проведении дифференциальной диагностики необходимо сопоставление с шизоидным расстройством личности. Следует упомянуть, прежде всего, о состояниях, хорошо известных в детской практике, но недостаточно фиксируемых «взрослыми» психиатрами. Речь идет:

- 1) о «детской аутистической психопатии» или «мягком аутизме»;
- 2) непрогредиентном варианте синдрома Каннера (раннем детском аутизме).

В первом случае уже в 3-4 летнем возрасте проявляются отдельные шизоидные черты (и прежде всего - «полевая» и малопонятная окружающим гиперкинетическая активность либо медлительность и вялость). Такие дети предпочитают тихие, уединенные занятия, не стремятся к активному общению со сверстниками, не имеют стойких привязанностей к родным и близким; у них выражены проявления аутизма, патологической замкнутости. В дальнейшем эти расстройства не прогрессируют и даже несколько сглаживаются; пациенты, хотя и с некоторыми трудностями и особенностями, оканчивают школу, получают образование и адаптируются в социальной действительности, оставаясь несколько отстраненными и замкнутыми.

Во втором случае зачатки шизоидного склада могут обнаружиться вскоре после рождения (по отсутствию интереса к груди матери, безразличной реакции на внешние стимулы). К наиболее характерным проявлениям синдрома Каннера относятся нарушение эмоционального контакта с окружением, однообразие поведения, стремление к стереотипии внешней обстановки, плохая адаптация в новых условиях (перемена обстановки вызывает протест). У таких детей резко отстает становление речи (переход на понятие «Я») и коммуникативных функций, затруднено формирование элементарных навыков самообслуживания.

Проявления непрогредиентной формы варианта синдрома раннего детского аутизма, как правило, остаются стабильными на протяжении нескольких лет, а в дальнейшем, если состояние исчерпывается чертами врожденной аномалии и не обнаруживается признаков манифестации шизофрении, происходит известная компенсация психопатии. К 5-10 годам дети становятся адекватнее. Возможно их ускоренное умственное развитие, обычно не соответствующее некоторому отставанию в двигательной сфере (они остаются неловкими, не умеющими зашнуровать шнурки и т.д.). Однако моторная недостаточность, как правило, не распространяется на так называемую кортикальную сферу: сохраняя выраженные черты аутизма, они могут учиться, завершают образование, приобретают профессиональные навыки.

7.2 Амотивационный синдром (бедный симптомами)

У пробандов с бедной симптомами шизофренией семья в наибольшей степени, чем при других вариантах заболевания, отягощена расстройствами шизофренического спектра, а также аномалиями личности шизоидного плана. Главное при этой форме шизотипического расстройства - явления дефицитарности, которые выражаются:

1. На личностном уровне - признаками нарастающего аутизма, сужением диапазона эмоциональных реакций, нюансировки межличностных отношений, снижением продуктивности деятельности, обеднением влечений;

2. На психопатологическом уровне - развитием так называемого «атонического дефекта» с вялостью, пассивностью, безынициативностью;
3. На социальном уровне - ограничением социальной адаптации элементарным самообслуживанием, выполнением несложных профессиональных обязанностей, симбиотическим сосуществованием с родителями или опекунами.

Характерологический сдвиг происходит медленно, в течение десятилетий. Больные постепенно становятся все более черствыми, эмоционально холодными, эгоцентричными, замыкаются в себе, теряют друзей, что нередко сочетается с усилением сенситивности. Активный этап болезни определяется формированием расстройств анергического полюса с крайней бедностью, фрагментарностью, однообразием позитивных психопатологических проявлений. В то же время такие пациенты, несмотря на эмоциональное опустошение и сужение круга общения («шизофрения как форма аутистического существования»), не обнаруживают признаков регресса поведения, внешне вполне упорядочены, владеют необходимыми практическими навыками самообслуживания и ведения домашнего хозяйства, а также способны справляться с несложными профессиональными обязанностями.

Таким образом, в отличие от грубопрогредиентных форм простой шизофрении, речь идет о таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь ослабляет личность, искажает её, но приводит к бездеятельности лишь определенные ее структуры».

8. Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика вышеописанных состояний на первых этапах требуется с затяжной атипичной депрессией. Поскольку проявления этого заболевания характеризуются постепенным сглаживанием (или даже исчезновением) когнитивных расстройств, вкраплением аффективной атипичной симптоматики, а также некоторых других проявлений непсихотического регистра, как статика (аффективная составляющая), так и, особенно, регрессионная динамика этих нарушений оказывается отличной от «бедных симптомами» шизотипического расстройства, то отделить одно состояние от другого оказывается в принципе возможным. Для отграничения от простой формы шизофрении следует учитывать следующее.

Простая форма шизофрении - нечастое расстройство, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности. Характерны уплощение аффекта и утрата побуждений, которые развиваются без предшествующих отчетливых психотических симптомов. При нарастающей социальной бедности может появиться бродяжничество, а больной становится самопоглощенным, ленивым, с отсутствием какой-либо цели. Таким образом, для этой формы шизофрении характерно прогрессирующее развитие заболевания и быстрое формирование характерных негативных симптомов шизофрении, проявляющихся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

9. Лечение

Больным шизотипическим расстройством в основном прописывают те же препараты, что и шизофреникам, включая традиционные нейролептики. При преходящих субпсихотических состояниях назначают небольшие дозы нейролептиков (галоперидол по 2—5 мг/сут), транквилизаторов (элзепам по 1-2мг/сут). Рандомизированное контролируемое испытание показало некоторую эффективность рисперидона при дозировке ≤ 2 мг/сут. При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты (амитриптилин). Антидепрессант флуоксетин также показал эффективность при самоповреждающем поведении. Социальной адаптации способствует индивидуальная и групповая психотерапия. А. В. Снежневский рекомендовал применять психостимуляторы при шизотипическом расстройстве, если в его клинической картине преобладают апатия, вялость, снижение инициативы, проблемы с сосредоточением и концентрацией внимания, а также жалобы на повышенную усталость. Ошибкой является назначение высоких доз нейролептиков, часто приводящее к формированию вторичной негативной симптоматики.

10. Прогноз.

По сравнению с шизофренией прогноз более благоприятный. Полная ремиссия при шизотипическом расстройстве практически недостижима, однако возможно полное или частичное восстановление социального функционирования. Социальная адаптация при шизотипическом расстройстве нестабильна. После обрыва приступов состояние стабилизируется, но выраженные личностные изменения сохраняются. Иногда шизотипическое расстройство переходит в чёткую шизофрению, но в большинстве случаев этого не происходит.

11. Вывод

Шизотипическое расстройство всегда вызывало некоторые трудности в диагностике. Это психическое состояние часто проявляется в необычных убеждениях, странных магических мыслях и трудностях в установлении и поддержании близких отношений. Диагностика и лечение шизотипического расстройства представляют собой важную задачу, требующие индивидуального подхода. Понимание шизотипического расстройства и разработка эффективных стратегий поддержки имеют важное значение для современной психиатрии из-за текущей гипердиагностики данного заболевания.

11. Список используемой литературы.

1. Козлова, Л. И., & Семян, Ю. Л. (2018). Личностные расстройства в системе диагностики и классификации психических расстройств. Вестник Российской академии медицинских наук, 73(3), 191-198.
2. Голод, С. П., & Кузьмин, А. В. (2019). Особенности шизотипического расстройства личности в контексте современных подходов к диагностике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 119(2), 49-53.
3. Белоусова, Л. В., & Левченко, Л. И. (2018). Современные аспекты диагностики и коррекции шизотипических расстройств личности. Вестник психиатрии и психологии, 4(32), 39-44.
4. Армянян, Н. С., & Курпина, Я. М. (2020). Шизотипическое расстройство личности: диагностика и коррекция. Практическая медицина, 95(3), 69-74.
5. Горшков, М. К., & Тишков, В. А. (2018). Личностные расстройства в психиатрической практике. Москва: Медицинское информационное агентство.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра

Психиатрии и наркологии с курсом ПО (наименование кафедры)

Рецензия Д.мн., зав. кат. Березовской Марины Арберовны,
ученая степень, должность рецензента

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрии

Тема реферата Иммунологические исследования (ФИО ординатора)
Михайлова Ирина Сергеевна

Основные оценочные критерии

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

Дата: «28» 11 2023 год

Подпись рецензента

Подпись ординатора

Березовская М.А. (ФИО рецензента)
Михайлова И.С. (ФИО ординатора)