

Малопрогрессирующая шизофрения

доцент Полецкий В.М.

Критерии Emil Kraepelin

- Нарушение внимания и понимания
- Галлюцинации, преимущественно слуховые (голоса)
- Звучание мыслей (эхо мыслей)
- Ощущение воздействия на мысли
- Нарушение течения мыслей, непоследовательность, разорванность мышления
- Нарушение когнитивной (познавательной) функции и способности к суждению
- Обеднение аффекта
- Признаки нарушения поведения
- (снижение побуждений, пассивная подчиняемость, эхоталлия, эхопраксия, агрессивность, кататоническое возбуждение, стереотипия, негативизм, аутизм)
- Нарушения вербального выражения мыслей

Основные симптомы Eugen Bleuler

- Нарушение ассоциативного процесса, его несостоятельность
- Аффективные расстройства
- Аутизм
- Амбивалентность

4 А по Eugen Bleuler

Дополнительные симптомы Eugen Bleuler

- Галлюцинации
- Бред
- Некоторые нарушения памяти
- Изменения личности
- Изменения речи и письма
- Соматические симптомы
- Кататонические симптомы
- Острый синдром (меланхолический, маниакальный, кататонический и др.)

Симптомы первого ранга Kurt Schneider

- Звучание своих мыслей
- Слуховые галлюцинации, комментирующие поведение
- Соматические галлюцинации
- Ощущение контроля над мыслями и их передача другим людям
- Бред и ощущение, что его действия находятся под контролем или на него оказывают влияние

Для диагноза они имеют совершенно особое значение.

(Kurt Schneider)

- *звучание мыслей,*
- *слышание голосов в форме диалога,*
- *слышание голосов, сопровождающих замечаниями собственные действия,*
- *переживания телесного воздействия,*
- *отнятие мыслей и другие виды воздействия на мысли,*
- *распространение мыслей,*
- *бредовое восприятие,*
- *а также всякие действия и влияние других в области эмоций, стремлений (влечений) и желаний.*

Симптомы второго ранга Kurt Schneider

- Другие виды галлюцинаций
- Растерянность
- Депрессия
- Эйфория
- Эмоциональное уплощение

Гораздо меньшее значение для *диагноза* шизофрении имеют все прочие возникающие при ней способы переживаний, которые мы называем *симптомами 2-го ранга* (Kurt Schneider)

- остальные обманы чувств,
- бредоподобные фантазии,
- растерянность,
- депрессивные и веселые расстройства настроения, пережитое обеднение эмоций и некоторые другие.

- Для диагноза шизофрении *необязательно* наличие симптомов 1-го ранга; по крайней мере, они не всегда *очевидны*. Часто мы вынуждены ставить диагноз на основе симптомов 2-го ранга, иногда даже, в виде исключения - лишь на основе симптомов выражения, если они соответственно часты и отчетливы.

(Kurt Schneider)

В настоящее время американские психиатры не ставят диагноз шизофрении если во время первичного осмотра не определяется симптомов первого ранга.



Клинические проявления

- Аутизм (E. Bleuler, 1911)
- Редукция энергетического потенциала (Conrad, 1958)
- Явления дрейфа
- Расстройства мышления
- Речь (рассуждательство, резонерство, разорванность)
- Внешний вид
- Поведение (непредсказуемое, неадекватное, негативистическое)

Расстройства мышления

- Утрата логичности
- Утрата автоматизма
- Исчезновение образности и преобладание абстракции
- Соскальзывание, остановки, обрывы
- Необычность, нелепость ассоциаций
- Амбивалентность, противоречивость мыслей

Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения

Генетическое единство малопрогрессирующей и манифестной шизофрении

- J. O. Alanen (1966) обнаружил стертые формы шизофрении у 20 % родителей,
- T. Lidz и соавт. (1975)—у 33 % сибсов пробандов, страдающих манифестной шизофренией.
- Ricks D. F., 1965, доля этих форм в семьях больных манифестной шизофренией колеблется в еще более широких пределах и может составлять 12—50 %.

Близнецовые исследования

Близнецовые исследования также позволили установить, что с учетом стертых, неманифестных форм парная конкордантность по шизофрении между МЗ близнецами достигает максимума — 86 % [Москаленко В. Д., 1970; Essen-Moller E, 1970].

Если больной шизофренией имеет МЗ близнеца, то эмпирическая вероятность развития у него аналогичного манифестного психоза равна 46,4 %, но остальные МЗ близнецы в большинстве своем также окажутся носителями аномального наследственного задатка.

Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения

- «мягкая» шизофрения [Кронфельд А. С, 19281);
- непсихотическая [Розенштейн Л. М, 1933];
- текущая без изменений характера [Кербиков О. В., 1933]; микропроцессуальная, микропсихотическая [Гольденберг С. И, 1934];
- рудиментарная, «санаторная» [Каннабих Ю. В, Лиознер С А, 1934];
- предфаза шизофрении [Юдин Т. И., 1941];
- медленно текущая [Озерцовский Д. С., 1950];
- ларвированная [Снежневский А. В., 1963];
- вялопротекающая [Мелехов Д. Е., 1963; Шмаонова Л. М, 1968; Наджаров Р. А., 1972];
- несостоявшаяся [Канторович Н. В, 1964];
- амортизированная [Stengel E, 1937]; амбулаторная [Zilberg J., 1941]; псевдоневротическая [Hoch P. H., Polatin Ph., 1949];
- abortивная [Mayer W., 1950];
- предшизофрения [Еу Н., 1957];
- субклиническая [Peterson D. R., 1954];
- borderline schizophrenia [Rosenthal D. et al, 1968];
- оккультная [Stern A., 1945];
- нерегрессивная [Nyman A. K-, 1978].

- Малопрогрессирующая шизофрения
-schizotypal personality disorders.
- Абортивный, незавершенный вариант или
инициальный, продромальный, но
остановившийся на полпути этап развития
эндогенного психоза.
- Малопрогрессирующая шизофрения
самостоятельная форма эндогенного
процесса.

Динамика

- Малопрогрессиентной шизофрении свойственно прежде всего медленное, многолетнее развитие всех этапов болезни — от длительного субклинического течения в латентном периоде до постепенной редукции позитивных расстройств в периоде стабилизации, завершающемся формированием резидуальных состояний.

Систематика

- Современная клиническая систематика малопрогрессирующей шизофрении основана на преобладании в картине болезни того или иного относительно неизменного ряда психопатологических расстройств.

Варианты малопрогрессирующей шизофрении

- с навязчивостями [Наджаров Р. А., 1955; 1972; Завидовская Г. И., 1970],
- с истерическими проявлениями [Мелехов Д. Е. и др., 1936; Морозов В. М., Наджаров Р. А., 1956; Дубницкая Э. Б., 1979],
- с деперсонализацией [Меграбян А. А., 1962; Воробьев В. Ю., 1971],
- ипохондрическая шизофрения (небредовая ипохондрия) [Консторум С. И. и др., 1935, 1939; Басов А. М., 1981; Аведисова А. С., 1983; Huber G., 1980],
- паранойяльная шизофрения [Соцевич Г. Н., 1955; Смулевич А. Б., 1968],
- с преобладанием аффективных расстройств [Румянцева Г. М., 1970; Аскеров А. А., 1977; Мороз И. Б., 1983],
- вялотекущая шизофрения по типу простой (бедная симптомами шизофрения) [Юдин Т. И., 1941; Наджаров Р. А., 1972; Измайлова Л. Г., 1976],
- особые – латентные - формы заболевания [Bleuler E., 1911]

- Наиболее адекватной для рассмотрения таких случаев является концепция А. В. Снежневского (1972) о соотношении *pathos et nosos*.
- С этих позиций длительное латентное состояние, клинически ограничивающееся симптоматикой пограничных психических расстройств и не сопровождающееся признаками интеллектуального и социального снижения, может рассматриваться в рамках особого предрасположения — шизофренической конституции (по П. Б. Ганнушкину), т. е. *pathos*.

- Такие состояния несут в себе информацию о возможности возникновения заболевания, сами же не только не являются болезнью (nosos), но и не могут служить облигатным признаком ее возникновения в будущем.
- В тех случаях, когда появляются все же признаки процессуально обусловленной прогредиентности акценты клинической оценки перемещаются, так как возникает иной (не конституциональный, а эндогенно-процессуальный) полюс притяжения.
- В этом аспекте длительные (многолетние) относительно стабильные состояния, прерывающиеся или завершающиеся эскалацией процесса, можно рассматривать в качестве малопрогredientного эндогенного заболевания.

Особенности диагностики

- Наследственность
- Особенности дефекта

(базисные астенический и с постепенным (по типу эволюционирующей пизоидии, но Н. Еу) нарастанием пизоидных проявлений. При паранойяльной пизофрении формируются психопатоподобные изменения гипопараноического типа, при пизофрении с навязчивостями - ананкастного, при пизофрении с истерическими расстройствами – так называемых неадекватных личностей [Monro A, 1959; Brody E., Sata L., 1967]).

Особенности диагностики

- Verschroben E. Kraepelin (1911), K. Birnbaum (1916) (странность, чуждость, взбалмошность). Нарушение гармонии движений и мимики, немотивированная многозначительность выражения лица, небрежность, а иногда и неряшливость в одежде, нелепые поступки, интерпретируемые E. Minkowski (1927) как проявление аутической активности, при которой деятельность больных как бы лишена осознанной личностной переработки и выступает как изолированный акт воли. В речи наряду с обилием штампованных выражений обнаруживается тенденция к употреблению редких, необычных слов, склонность к пространным рассуждениям, сочетающимся с вязкостью, застреванием на малозначащих деталях.

Особенности диагностики

- Проявления типа *verschroben* наиболее выражены при бедной симптоматикой шизофрении. На первый план в картине негативных изменений выступает контраст между сохраняющейся психической активностью (а подчас и достаточно высокой работоспособностью) и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни.

Особенности диагностики

- **Характерологический сдвиг**

Происходит медленно, в течение десятилетий. С годами больные становятся все более черствыми, замыкаются в себе, теряют друзей. Эмоциональная холодность и эгоцентризм нередко сочетаются у них с сенситивностью. Отношение к окружающим определяется, как правило, рациональными соображениями. Нарастают неадекватность и эксцентричность поведения с глубокими нарушениями высших сфер самосознания, высших эмоций, а также инстинктов и влечений.

Особенности диагностики

- Позитивная симптоматика

Проблема паранойи

Три нозологических класса:

Паранойя - шизофрения E. Bleuler [Шмаонова Л. М., 1968; Astrup C., 1969; Gross G., Huber G., Schfittler R., 1977],

Паранойя - патологическое развитие личности, т. е. динамика паранойяльной психопатии [E. Kretschmer Binder H., 1967; Kobajashi П., 1962],

Концепции нозологической самостоятельности паранойи [Magaro P., 1981; Mimeo A., 1982; Kendler K., 1984].

Особенности диагностики

Три ряда проявлений болезни:

1. Рудиментарные позитивные психопатологические нарушения, свойственные психотическим формам эндогенного процесса.

Особенности диагностики

- К рудиментарным позитивным нарушениям, включающим симптомы первого ранга [Schneider K., 1919], относятся эпизодически возникающие, но достаточно продолжительные по времени, слуховые обманы отвлеченного, абстрактного содержания, комментирующие и императивные «голоса», «звучание мыслей», галлюцинации общего чувства, идеи воздействия, преследования, особого значения и, наконец, бредовые восприятия, внезапно проявляющиеся, не связанные с конкретной ситуацией бредовые идеи (первичный бред).
- Бред даже в случаях психогенной провокации (в отличие от «истинных» реактивных параноидов) выходит за рамки психогенного комплекса. По мере его систематизации и расширения обнаруживается тенденция к соответствующей бредовой интерпретации происходящих вокруг (в том числе и совершенно индифферентных) событий.

Особенности диагностики

- Эссенциальные (гетерогенные по отношению к сходным расстройствам, наблюдающимся при соматических заболеваниях) сенестопатические ощущения [Huber G., 1981],
- Эпизоды немотивированного страха [Miller Ch., 1953],
- Внезапно возникающие навязчивости и фобии отвлеченного содержания [Лакосина Н. Д., 1973],
- Навязчивости особого значения,
- Навязчивое бесплодное мудрствование,
- Генерализованные анксиозные состояния (панфобии) [Ноч Р. Н et al., 1963],
- Идеообсессивные расстройства.

Особенности диагностики

- Явления ауто- и аллопсихической деперсонализации, сопровождающиеся отчуждением высших эмоций,
- Сознание собственной измененности,
- Утраты чувства реальности, контактов с людьми, прежней психической активности.
- Стойкое снижение аффективного фона с безрадостностью, недовольством, гиперестезией, раздражительностью (депрессии типа Unlust-безрадостность).

Особенности диагностики

2. Расстройства мышления:

- При малопрогрессирующей форме заболевания патология мышления - шперрунги, внезапные обрывы мыслей, разорванность не столь выражена.
- Чаще такие нарушения, как амбивалентность, сопровождающаяся чувством мучительного раздвоения, затруднения в образовании понятий, нечеткость и расплывчатость умозаключений [Berner P., 1977]; повышенная отвлекаемость, резонерство, склонность к парадоксальным построениям, странным вымыслам, погружению в мир фантазий [Осипов В. П., 1935; Janzarik W., 1983].

Особенности диагностики

3. Изменения личности.

Нарастающий аутизм,

Падение энергетического потенциала,

Психопатоподобные изменения.

Постепенное обеднение эмоциональной жизни с бесчувствием, равнодушием, исчезновением прежних привязанностей при сохранении рациональных контактов.

Особенности диагностики

С годами в облике больных наблюдается сочетание странных, а подчас, казалось бы, несовместимых черт - претенциозно изысканных манер и неряшливости; психопатических изменений типа *verschroben* с утрированной заботой о своем здоровье, необычными увлечениями и другими чудачествами.

Такие, подчас не поддающиеся четкой дефиниции, изменения вызывают ощущение необычности, чужеродности, определяемое Н. Вунке (1967) как «чувство шизофрении» (*Praesoxgeful*).

Установление диагноза «зависит не от присутствия тех или иных отдельных симптомов, а от умения схватить целостную картину течения, помня прежде всего о типичных чертах первичного дефект - процесса, отыскивая момент «первичного надлома».

(Т. И. Юдину)

Лечение

- Необходимо отмежеваться от некоторых устаревших, на наш взгляд, представлений о разделении всех препаратов на 2 группы, одна из которых включает медикаменты, пригодные исключительно для лечения психозов (нейролептики, «большие» тимолептики), а другая — психотропные средства, эффективные при пограничных состояниях (транквилизаторы, «малые» тимолептики, ноотропы).
- Такие представления не соответствуют клинической реальности.

Лечение

- Одна из дискуссионных проблем биологической терапии психических заболеваний: что является «мишенью» лечебного воздействия - состояние, синдром (как общепатологическая категория) или конкретная болезнь?
- Такая альтернатива представляется схоластическим построением.
- Как указывал А. В Снежневский (1974), синдромы неотделимы от болезни.
- Следовательно, нельзя «лечить» синдром и не лечить при этом болезнь.

Лечение

- В процессе лечения малопрогредиентной шизофрении и пограничных состояний, как и при терапии манифестных психозов, могут использоваться, но в иных соотношениях, почти все препараты шести основных классов психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, психостимуляторы, нормотимики).

Лечение

Комплекс лечебных воздействий

- Различные виды биологической терапии: психофармакотерапия, инсулино- и атропинокоматозной терапии, ЭСТ.
- Психотерапия
- Физиотерапевтические процедуры
- Лечебная физкультура
- Социальные мероприятия, направленные на ликвидацию конфликтов, улучшение условий труда и внутрисемейных отношений
- При острых состояниях и явлениях резистентности названные средства используются по особые методы (интенсивные лечебные воздействия).

Особые методы (интенсивные лечебные воздействия).

- Вторая методика заключается в чередовании внутривенного капельного введения средних доз транквилизаторов с инфузией нейролептиков.
- Усиление психофармакологической активности транквилизаторов достигается не за счет форсирования их доз, а путем использования явлений синергизма между производными бензодиазепина и нейролептиками фенотиазинового ряда.

- Транквилизатор (седуксен до 50 мг или элениум до 100 мг) вводится утром, нейролептик (стелазин 3 - 5 мг или терален 25 - 50 мг) - днем. Капельные внутривенные вливания проводятся, таким образом, 2 раза в сутки; на ночь применяется лепонекс до 100 мг внутрь. Длительность курса лечения составляет в среднем 15 дней.

- В первые 7—10 дней транквилизаторы назначаются инфузионно ежедневно.
- Начальная доза седуксена составляет 20 мг в сутки, элениума - 50 мг в сутки с последующим увеличением соответственно на 10 и 50 мг в каждой капельнице до появления побочных эффектов (сомноленция, дизартрия, изменение температуры тела). Эти явления оцениваются как признак наступления кумуляции и достижения верхней границы так называемого «терапевтического окна».
- В последующем транквилизатор вводится через день с постепенным увеличением дозы седуксена до 150 мг, элениума до 200 - 300 мг.
- Модитен-депо присоединяется с момента перехода на дискретное введение седуксена.
- Дискретное применение транквилизаторов длится 20—30 дней (10—15 вливаний). В дальнейшем осуществляется ступенчатая отмена транквилизаторов путем увеличения интервалов между введениями на 2-4-е сутки и уменьшения дозы на 20 мг в каждой капельнице - до 20 мг седуксена или 50 мг в сутки элениума.
- Общая продолжительность курсового лечения составляет 1/2—2 мес. (30—35 инфузий).

Атропинокоматозная терапия

- Полный курс АКТ предполагает проведение 20 и даже более атропиновых ком.
- Для проведения сеанса АКТ используется традиционная методика [Бажин Е. Ф., 1972; Белокрылов И. В., 1985]. За 30 мин до введения 2,5 % раствора атропина сульфата больным с целью предотвращения рвоты делают инъекцию амиазины (50 мг внутримышечно). В конъюнктивальный мешок закладывается 0,2 % эзериновая мазь.
- Начальная коматозная доза атропина составляет от 75 до 125 мг. Каждая последующая доза атропина выше предыдущей на 12,5—25 мг.
- Длительность нормально протекающей комы 3—4 ч.
- С целью сведения к минимуму продолжительности конечного этапа фазы выхода из комы (при этом нередко отмечаются субъективно тягостные вегетативные расстройства, не подвергающиеся впоследствии амнезии) используется внутривенное введение 20 мг эзерина или галантамина в 20 мл 40 % глюкозы с последующим внутримышечным введением 10—20 мг эзерина.

Инсулино-коматозная терапия

- Инсулин (300 ЕД) вводится внутривенно капельно вместе с изотоническим раствором (200 мл).
- Оптимальная скорость введения 1,5 ЕД в 1 мин.
- Если кома не наступает на протяжении 5—6 ч, целесообразно на следующий день несколько уменьшить темп введения.
- Обычно в первый день терапии наблюдаются лишь состояния оглушения. Гипогликемические комы возникают чаще всего на 2—3-й день лечения, однако в отдельных случаях лечения они наступают лишь на 6—7-й день внутривенно-капельного введения инсулина.

Спасибо за внимание

