

УДК 616.895.8:616-079
DOI 10.31684/25418475-2023-2-87

ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40

Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Плотников А.В., Кулешова Е.О.

Резюме

Представлен труднокурабельный случай шизотипического расстройства с поздним началом, сопровождавшийся обсессивно-компульсивной и аффективной симптоматикой, в течение многих лет трактовавшийся специалистами как психогенная патология. Проанализированы особенности диагностики, динамика психопатологической симптоматики и подходы к лечению с оценкой их эффективности.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, эндогенные психические заболевания, обсессивно-компульсивная симптоматика, аффективная симптоматика.

A CHALLENGING CASE OF SCHIZOTYPAL DISORDER: CLINICAL ILLUSTRATION AND ANALYSIS

Altai State Medical University, Barnaul
656038, Altai Krai, Barnaul, Lenina Ave. 40

Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E., Plotnikov A.V., Kuleshova E.O.

Abstract

A difficult-to-treat case of late-onset schizotypal disorder, accompanied by obsessive-compulsive symptoms, has been treated by specialists as a psychogenic pathology for many years. The characteristics of diagnosis, the dynamics of psychopathological symptoms, and treatment approaches with an assessment of their effectiveness are analyzed.

Keywords: schizotypal disorder, endogenous mental illness, obsessive-compulsive symptoms, affective symptoms.

Введение

Несмотря на достаточно длительную историю изучения различных форм эндогенных психических заболеваний в практической деятельности далеко не всегда удается изначально верно квалифицировать нозологию, поскольку дифференциально-диагностические критерии, основанные на традиционном симптоматическом принципе, оказываются недостаточными [1]. Н.А. Бохан с соавт. отмечает, что инициальный период шизофрении, как правило, остается вне поля зрения психиатров [2]. Кроме типичных проявлений эндогенных заболеваний зачастую в клинической картине нередко встречаются отдельные субдиагностические проявления, которые маскируют клинику основного заболевания. Наиболее часто диагностические трудности представляют собой включение в клиническую картину циркулярных аутохтонных аффективных фаз [3] или обсессивно-компульсивной симптоматики [4].

Ряд авторов, рассматривая навязчивости в структуре расстройств шизофренического спектра с приступообразным типом течения, разделяют их на невротоподобные состояния с доминированием в клинической картине навязчивых мыслей контрастного содержания, страха сумасшествия, агорафобий; коморбидные патологии, представленные деперсонализацией и сенестопатиями, а также аффективно-обсессивные состояния с доминированием ипохондрических фобий, разнообразных компульсий, наличием выраженных негативных

шизофренических симптомов [5].

В литературе представлены описания постшизофренических навязчивостей, которые развиваются непосредственно после купирования психотического эпизода на этапе становления ремиссии и постпсихотические навязчивости, которые наблюдаются в период сформировавшейся ремиссии после психотического приступа [6].

В области дифференциальной диагностики расстройств шизофренического спектра особый интерес представляют собой зачастую неверно верифицирующиеся в практике обсессивно-фобические состояния, развитию которых предшествовали условно-патогенные психотравмирующие события [6].

Весьма распространенные в рамках эндогенных патологий аффективные расстройства имеют атипичную психопатологическую структуру [6], и довольно гетерогенны [7].

Депрессии в рамках малопрогредиентных форм расстройств шизофренического спектра описываются исследователями в широких границах психопатологии от вариантов субсиндромальной депрессии до случаев, клинически соответствующих критериям большого депрессивного эпизода. При этом депрессии могут являться единственным проявлением на инициальном этапе или одним из облигатных синдромов в периоды обострений [8].

При эндогенных депрессиях показаны преимущественно трициклические антидепрессанты (препараты первого выбора) [9], а также, в зави-

симости от особенностей течения заболевания, традиционные или атипические нейролептики.

Материал и методы

Представлен клинический случай пациентки М., 52 лет, страдающей эндогенным психическим расстройством с обсессивной и депрессивной симптоматикой, проходившей лечение в дневном стационаре психиатрической больницы. Исследование включало клинический и патопсихологический методы.

Публикация всех материалов производится на основе письменного информированного согласия пациента.

Результаты и их обсуждение

При поступлении М. предъявляла жалобы на сниженное настроение без суточных колебаний, частую тревогу, общую слабость, невозможность сосредоточиться, снижение памяти на недавние события, частые головокружения, трудности при засыпании, навязчивые мысли различного, в том числе нелепого содержания (возможная потеря работы, смерть матери, возможная мобилизация сына, сексуальная связь с котом, возможность заразиться ВИЧ). Мысли возникали произвольно и проходили в течение дня. Последнее время (около шести месяцев) стала религиозной, активно посещает церковь.

Анамнез. Пациентка воспитывалась в полной семье. Отец страдал частыми депрессиями, злоупотреблял алкоголем. Ушел из семьи, когда М. было 19 лет. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. Окончила 10 классов, педагогический университет по специальности преподаватель, работала в университете. Отмечает, что в молодости была общительной, активной. Однако при активном расспросе удалось выяснить, что ее отличительными чертами были также нерешительность, склонность к сомнениям. Пациентка избегала ситуаций, которые подразумевали необходимость принятия решений. В 22 года вышла замуж, в 27 лет развелась. От брака сын, в настоящее время живет в Москве. В 2005 году познакомилась по интернету с немцем, вышла замуж, переехала в ФРГ. В Германии работала продавцом. В 2015 году в связи с изменой мужа развелась, вернулась в Россию. Трудилась специалистом по учебно-методической работе в университете. В настоящее время работает преподавателем английского языка с неполной занятостью в профессиональном училище, занимается репетиторством. Проживает вдвоем с матерью.

Считает себя больной с 2007 года, когда снизилось настроение, нарушился сон, появился навязчивый страх заражения ВИЧ. Психотравмирующим обстоятельством явилась случайная связь, которая явилась предметом самообвинения. В Германии проходила лечение в клинике неврозов, принимала Кломипрамин. Отмечалось улучшение. Наблюдалась у психиатра. Также лечилась в круглосуточном стационаре, где принимала Венлафаксин, Кветиапин. После возвращения в Россию неоднократно проходила лечение в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Сведения о лечении в условиях круглосуточного и дневного стационара.

С 24.10.2017 по 17.11.2017 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство». Предъявляла жалобы на тошноту по утрам, нарушения сна, тревогу, апатию. Проходила сеансы психотерапии, получала Пароксетин 0,02 в сутки, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 на ночь. Выписана с улучшением.

С 20.02.2018 по 05.03.2018 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Смешанная тревожная и депрессивная реакция как расстройство адаптации у личности с неустойчивыми чертами характера». Предъявляла жалобы на тошноту, рвоту, пониженное настроение без суточных колебаний, раздражительность, тревогу, беспокойство за будущее, нарушение сна с трудностями при засыпании и поверхностный сон. Принимала Пароксетин 0,02 в сутки, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 на ночь, Вальпроевую кислоту 0,5 утром. Выписана с улучшением.

С 10.04.2018 по 08.05.2018 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство с паническими атаками у личности с неустойчивыми чертами характера». Предъявляла жалобы на тошноту, рвоту, пониженное настроение без суточных колебаний, раздражительность, тревогу, беспокойство за будущее, нарушение сна с трудностями при засыпании и поверхностный сон. Отмечались панические атаки, когда, по ее описанию, внезапно возникали тревожные мысли, выступал пот, пациентка начинала задыхаться. Получала Венлафаксин 0,15 в сутки, Алимемазин 0,01 в сутки, р-р Бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина 1,0 на физиологическом растворе 200,0 в/в капельно № 10, Карбамазепин 0,6 в сутки. Выписана с улучшением.

С 10.02.2020 по 28.02.2020 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство с паническими атаками у личности с неустойчивыми чертами характера». Поступила с жалобами на повышенную тревожность, особенно по утрам, страх заразиться СПИДом (постоянно сдавала тесты на ВИЧ), частое мытье рук. Пациентка регулярно перепроверяла, включила ли приборы дома. В стационаре принимала Венлафаксин 0,225 в сутки, Алимемазин 0,015 в сутки, р-р Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1,0 на физиологическом растворе 200,0 в/в капельно № 8, затем Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 в сутки. Выписана с улучшением.

С 11.09.2020 по 09.10.2020 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод умеренной тяжести без соматических симптомов». Предъявляла жалобы на плохое настроение, тоску, апатию, навязчивые неприятные мысли о своем здоровье, беспокойный сон. Получала лечение: Амитриптилин 0,05 в сутки, Сульпирид 0,2 в сутки. Объективно выписана с улучшением, однако лечением оста-

лась недовольна: высказывала опасения, что болезненные переживания могут вернуться.

С 06.12.2020 по 24.12.2020 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод умеренной тяжести, тревожно-фобический синдром у акцентуированной личности». Предъявляла жалобы на навязчивые мысли о возможности заболеть ВИЧ-инфекцией, коронавирусом, пониженное настроение, постоянное чувство тревоги, трудности при засыпании, прерывистый сон без чувства отдыха, страх за свое здоровье. Принимала Флувоксамин 0,05 в сутки, Зопиклон 0,0075 в сутки, р-р Бромдигидрохлорфенилбензодиазепа 1,0 в/м, затем Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 в сутки. Выписана с улучшением. Сомневалась в том, что «излечилась».

С 23.05.2021 по 03.09.2021 проходила лечение в круглосуточном стационаре, далее амбулаторно в медико-реабилитационном отделении с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод умеренной тяжести, тревожно-фобический синдром у акцентуированной личности». Предъявляла жалобы на навязчивые мысли о возможности заболеть ВИЧ-инфекцией, коронавирусом, пониженное настроение, постоянное чувство тревоги, трудности в засыпании, прерывистый сон без чувства отдыха, страх за свое здоровье. Получала лечение: р-р Амитриптилина 2,0 в сутки, Амитриптилин 0,075 в сутки, Миртазапин 0,03 в сутки, Кломипрамин 0,125 в сутки, Вальпроовую кислоту 1,0 в сутки, р-р Этилметилгидроксипиридина сукцината 5,0 в сутки, затем Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 в сутки. На фоне лечения состояние оставалось нестабильным. Выписана с улучшением. Не уверена в том, что «лечение поможет надолго». В качестве поддерживающей терапии принимала Кломипрамин в таблетках.

С 22.04.2022 по 27.05.2022 проходила лечение в условиях дневного стационара с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод умеренной тяжести без соматических симптомов». Предъявляла жалобы на плохое настроение, тоску, подавленность, навязчивые мысли о своем здоровье, заражении ВИЧ, беспокойный сон. Получала лечение: Амитриптилин 0,075 в сутки, Кломипрамин 0,175 в сутки, р-р Сернокислой магнезии 5,0 в/м №10, р-р Бромдигидрохлорфенилбензодиазепа 1,0 на физиологическом растворе 200,0 в/в капельно № 10, затем Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 в сутки. На фоне лечения состояние оставалось нестабильным. Выписана с улучшением, однако сомневалась в «окончательном выздоровлении». В качестве поддерживающей терапии принимала Амитриптилин и Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в таблетках.

Настоящее ухудшение – более месяца.

При поступлении: Внешне опрятна, одета неброско. Гипомимична. Ориентирована верно. На вопросы отвечает по существу. Фон настроения снижен. Выражение лица тревожное. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает. Фиксирована на собственных жа-

лобах, навязчивых мыслях различного, в том числе нелепого содержания. Уровень интеллекта соответствует уровню полученного образования, возрасту и среде. Отмечает, что старается минимизировать контакты с людьми, так как это усугубляет ее тревожность. Настроена на лечение. Критика сохранена.

При проведении психологического исследования были выявлены структурные нарушения операциональной сферы мышления по типу искажений (актуализация латентных признаков, паралогизмы). Наблюдается склонность к сравнению отдаленных понятий. Суждения не всегда последовательные, субъективные. В «классификации предметов» создает много нестандартных групп. В пиктограмме ассоциативная память, воспроизведение слов снижено, что свидетельствует об эндогенном процессе. Образы с элементами символизма, отдаленности, основанные на чувственном восприятии. Абстрагирование неравномерно.

Предварительно установлен новый диагноз «Шизотипическое расстройство», в связи с чем проведена коррекция в лечении. Пациентке назначен амитриптилин 2,0 в/в капельно №7, затем в таблетках до 100 мг. в сутки. Впервые назначен рisperидон 0.004 в сутки.

Пациентка отмечает заметное улучшение состояния. На фоне лечения выровнялось настроение, меньше беспокоили навязчивые мысли. Стала более активна в бытовых вопросах. Появились новые планы на будущее (сменить работу, сделать ремонт и т.д.).

Выводы

Можно предположить, что заболевание у пациентки началось в достаточно зрелом возрасте с условно-патогенного психотравмирующего события и отражалось в структуре навязчивостей. Пациентка долгое время сохраняла достаточную социальную активность. Аффективная симптоматика, протекавшая приступообразно, маскировала клиническую картину эндогенного малопрогредиентного процесса. Отсутствие диагностики эндогенного процесса на предыдущих этапах лечения во многом объясняется тем обстоятельством, что аутизация, социальная дезадаптация у пациентки нарастали очень медленно, а потому не были вовремя замечены. Особенности обсессивной симптоматики (вычурность, эротизация) не уделялось должного внимания, так как на первый план выступали жалобы, связанные с психотравмирующими обстоятельствами.

Представленный клинический случай служит примером позднего выявления эндогенного процесса. Очевидно, что повторные обращения по поводу невротических расстройств в течение короткого времени должны вызывать настороженность специалистов. При каждом таком обращении целесообразно назначать экспериментально-психологическое исследование, которое поможет избежать диагностических и терапевтических ошибок.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. АМН СССР. М., Медицина, 1987, 240 с.

2. Бохан Н.А., Семке А.В., Корнетова Е.Г., Корнетов А.Н., Гончарова А.А., Мальцева Ю.Л. Клинико-динамические механизмы инициального периода подтипа шизофрении с ведущим негативным симптомокомплексом. Бюллетень медицинской науки. 2018; 3(11): 46-52. <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/258/198>

3. Иванец Н.Н. Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства. Н.Н. Иванец, Е.Н. Ефремова. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 6(118): 4-9. <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118614>

4. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2007; 2(17): 33-37.

5. Павличенко А.В. Приступообразные полиморфные обсессивно-фобические состояния при расстройствах шизофренического спектра. Психиатрия. 2005; 6(18): 30-36.

6. Горюнов А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков: Дис. ... канд. мед. наук. 2002.

7. Сорокин С.А. Клинические и динамические характеристики эндогенных апатических депрессий в контексте их нозологической принадлежности. С.А. Сорокин, А.О. Русанова. Психическое здоровье. 2020; 11: 25-33. <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2020.11.25-33>.

8. Горюнов А.В. Депрессии при шизотипическом расстройстве в детско-подростковом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; (5-2)121; 12-18. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112105212>.

9. Смулевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4(4): 128-132.

References

1. Smulevich A.B. Low-Progressive Schizophrenia and Borderline States. ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF THE USSR. Moscow, Medina, 1987, 240 p. [In Russ.]

2. Bokhan N.A., Semke A.V., Kornetova E.G., Kornetov A.N., Goncharova A.A., Maltseva Y.L. Clinical and dynamic mechanisms of the initial period of schizophrenia subtype with a leading negative symptomcomplex. Bulletin of medical science. 2018; 3(11): 46-52. <https://newbmn.asmu.ru/bmn/article/view/258/198> [In Russ.]

3. Ivanets N.N. Peculiarities of the clinical picture of affective disorders in the structure of schizotypal disorder. N.N. Ivanets, E.N. Efremova. Journal of Neurology and Psychiatry. C.C. Korsakov. 2018; 6(118): 4-9. <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118614> [In Russ.]

4. Pavlichenko A.V. Multiple anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders in schizophrenia. Social and Clinical Psychiatry. 2007; 2(17): 33-37. [In Russ.]

5. Pavlichenko A.V. Seizure-like polymorphic obsessive-phobic states in schizophrenic spectrum disorders. Psychiatry. 2005; 6(18): 30-36. [In Russ.]

6. Goryunov A.V. Clinico-psychopathological features of the first depressive episodes in adolescents: Ph. D. in medical sciences. 2002. [In Russ.]

7. Sorokin S.A. Clinical and dynamic characteristics of endogenous apathetic depressions in the context of their nosological affiliation. S.A. Sorokin, A.O. Rusanova. Mental Health. 2020; 11: 25-33. <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2020.11.25-33>. [In Russ.]

8. Goryunov A.V. Depression in schizotypal disorder in childhood and adolescence. Journal of Neurology and Psychiatry. C.C. Korsakov. 2021; (5-2)121; 12-18. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112105212>. [In Russ.]

9. Smulevich A.B. Treatment of resistant lingering endogenous depression Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2002; 4(4): 128-132. [In Russ.]

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Строганов Александр Евгеньевич, д.м.н., директор Института клинической психологии, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40. E-mail: jazz200261@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1791-7996>

Информация об авторах

Шереметьева Ирина Игоревна, д.м.н., профессор, ректор, заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

E-mail: rector@agmu.ru. Тел.: (3852) 566800

<https://orcid.org/0000-0001-8513-9869>

Плотников Андрей Викторович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

E-mail: dezinsector@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5559-4764>

Кулешова Елена Олеговна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

E-mail: emoryll@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0002-4122-8138>

Contact information

Corresponding author: Alexander E. Stroganov, Dr. Sci. (Med.), Director of the Institute of Clinical Psychology, Professor, Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with a Course of Advanced Training, Altai State Medical University, Barnaul. 656038, Altai Krai, Barnaul, Lenina Ave. 40. E-mail: jazz200261@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1791-7996>

Author information

Irina I. Sheremetyeva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Rector, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with a Course of Advanced Training, Altai State Medical University, Barnaul.

E-mail: rector@agmu.ru. Tel.: (3852) 566800
<https://orcid.org/0000-0001-8513-9869>

Andrey V. Plotnikov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with a Course of Advanced Training, Altai State Medical University, Barnaul.

E-mail: dezinsector@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5559-4764>

Elena O. Kuleshova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with a Course of Advanced Training, Altai State Medical University, Barnaul.

E-mail: emoryll@rambler.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4122-8138>

Поступила в редакцию 15.04.2023

Принята к публикации 09.05.2023

Для цитирования: Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Плотников А.В., Кулешова Е.О. Труднокурабельный случай шизотипического расстройства: клинический пример. *Бюллетень медицинской науки*. 2023; 2(30): 87-91. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-2-87>

Citation: Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E., Plotnikov A.V., Kuleshova E.O. A challenging case of schizotypal disorder: clinical illustration and analysis. *Bulletin of Medical Science*. 2023; 2(30): 87-91. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-2-87> (In Russ.)