

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСЕВДОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Авторы: Писарьков Никита Сергеевич (СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)
Лищук Александр Александрович (СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)
Токарева Мария Сергеевна (СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Аннотация: В статье представлен теоретический обзор тяжело дифференцируемого заболевания Псевдоневротическая шизофрения. Отображены результаты наблюдения пациента с псевдоневротической (неврозоподобной) шизофренией. Описаны симптомы заболевания, его течение и клиническая картина заболевания. Особое внимание уделено симптоматике и возможности дифференцировать заболевание с другими формами шизофрении и невротическими расстройствами.

Ключевые слова: Псевдоневротическая шизофрения, пограничные состояния, психоз, невроз, тревога

Введение.

Псевдоневротическая шизофрения — диагностический термин, который ввели в 1940-х годах Пол Хох и Филипп Полатин. В нем описана подгруппа пациентов с ярко выраженными симптомами тревоги, которые маскировали латентное психотическое расстройство. Из-за широких и расплывчатых диагностических критериев, граничащих между психозом и неврозом, этот термин стал синонимом «пограничных состояний», создавая клиническую путаницу.

Согласно их идее диагностические критерии псевдоневротической шизофрении состояли из первичных клинических симптомов (расстройства мышления и ассоциации, расстройства эмоциональной регуляции, расстройства сенсомоторной и вегетативной функции) в сочетании со вторичными клиническими симптомами (пантревожность, панневроз, пансексуальность). Из-за более широкого признания пограничного расстройства личности в качестве отдельного диагноза, использование псевдоневротического, а также других терминов, таких как начальная или латентная шизофрения, стало менее распространенным, тем не менее, оно по-прежнему имеет значение в современной психиатрической практике из-за потенциальных последствий диагностики и лечения. На примере клинического случая мы рассмотрим картину заболевания, симптоматику и лечение.

Клинический случай: Пациент Д., 18 года, впервые попал в психиатрический стационар с жалобами на тревогу, страхи навязчивого характера, боли в животе.

Анамнез жизни: Наследственность отягощена биполярным

аффективным расстройством у матери. Рос и развивался без особенностей. С учебными нагрузками справлялся. Взаимоотношения со сверстниками складывались в целом благополучно, однако пациенту приходилось прикладывать к этому определенные усилия, периодически возникали конфликты с учителями. После школы поступать в институт не стал. Не работает, не женат, проживает с родителями.

Анамнез Заболевания: С 6 лет испытывал навязчивые мысли (в основном навязчивый подсчёт), ритуалы (проверял, закрыта ли дверь, просчитывал определенный порядок вещей), испытывал «умственную жвачку», тревогу. Периодически испытывал компульсии – открывал рот, напрягал мышцы и отпускал. Лечился в ЦВЛ в 14 лет, принимал атаракс, фенибут, адаптол с частичным эффектом в виде снижения тревоги, улучшения сна, с частичным уменьшением обсессивно-компульсивного синдрома, сохранялась тревога по утрам. В 18 лет после сильного потрясения в личной жизни (расставание с девушкой) стал сильно переживать, плакать, возникли боли в области живота. Боль была интенсивной, сопровождалась страхом смерти. С тех пор стали беспокоить жалобы на повышенную тревогу, раздражительность, сниженное настроение, интереса к повседневной деятельности, появились проблемы с желудочно-кишечным трактом, запор, метеоризм. Обращался к гастроэнтерологам, терапевтам, но терапевтическое лечение было безуспешно.

За последние 3 года отмечает, что сильно изменился по характеру, стал раздражительным, закрытым, но при этом более общительным, чем раньше. Отмечает, что относится к людям как к «биоматериалу», испытывает ненависть ко всем окружающим, в том числе и близким, но при этом указывает на то, что ему «жалко людей». Принимал хлорпротексен (без значимого эффекта), эглонил с положительным эффектом (однако бросил курс), посещал психотерапевта с частичным эффектом. В настоящее время принимает тералиджен 10 мг в сутки.

Психический статус при осмотре: Сознание ясное, контакту доступен. Ориентирован всесторонне верно. Бредовых идей не высказывает, наличие галлюцинаций отрицает. Без агрессивных и суицидальных тенденций на момент осмотра. В беседе тревожен, обеспокоен своими переживаниями и состоянием, на вопросы отвечает развернуто, по существу. Настроение нерезко снижено без чёткой суточной динамики. Говорит о наличии разного рода страхов навязчивого характера, страхи имеют приступообразный характер, к такому рода страхам относится с критикой. Жалуется на постоянные боли в области пупка, усиливающиеся при тревоге. Амбивалентен, амбитендентен. Внимание и память не изменены. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Сон с инверсией (спит днём по 7-8 часов, ночью бодрствует).

Неврологический статус: Лицо симметричное. Зрачки D=S, реакция содружественная. Язык при высовывании по средней линии. Тонус мышц достаточный, сухожильные и периостальные рефлексы живые, симметричные. Менингеальный синдром и патологические рефлексы – отсутствуют. В позе Ромберга устойчив.

Соматический статус: Кожные покровы и видимая слизистая обычной окраски. Периферические узлы не увеличены. АД – 115/76, ЧСС 83 уд/мин, пульс ритмичный, симметричный. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Данные лабораторного и инструментального анализа – без видимых нарушений.

Проведенное лечение: Анафранил 0,025; эсциталопрам 0,02; кветиапин 0,5; циклодол 0,006; феназепам 0,001; депакин-хроно 1,25; трифтазин 0,0125.

За время лечения редуцировались обсессивно-фобические переживания, снизился уровень тревоги, редуцировались болевые ощущения в области живота, уменьшилась выраженность колебаний настроения. На момент выписки без психозов и опасных тенденций.

Рекомендуется: Амбулаторное наблюдение врача-психиатра
Прием препаратов: трифтазин 0,0125/сут; ципралекс 0,02/сут; циклодол 0,006/сут; депакин-хроно 0,75/сут.

Заключение. Рассмотрена история возникновения концепции термина и подробно описан клинический случай заболевания. Представления, лежащие в основе диагностической формы псевдоневротической шизофрении, остаются актуальными для современной практики. Данные о пациентах с формирующимся психотическим расстройством подтверждают идею о том, что шизофрения может проявляться значительными невротическими симптомами.

Список используемой литературы:

1. Хох П., Полатин П. Псевдоневротические формы шизофрении. Психиатрический ежеквартальный журнал. — 1949. — вып. 23.— С. 248—276.

2. Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, В. В. Чирко, М. А. Кинкулькина. Психиатрия и наркология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 473—474. — 832 с.

3. Хох П. Х., Кеттелл Дж. П. Диагноз псевдоневротической шизофрении (англ.) // Психиатрический ежеквартальный журнал. —

1959. — гл. 33. — С. 17—43.

4. О'Коннор К., Коннор К.О., Нельсон Б., Уолтерфанг М., Велакулис Д., Томпсон А. Еще раз о псевдоневротической шизофрении. // Австралийский журнал психиатрии. — 2009. — Т. 43, № 9. — С. 873—876.

5. Всемирная организация здравоохранения. Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). Часть 1 // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. — С. 125.

1. Hoch P., Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia// Psychiatric Quarterly. — 1949. — Vol. 23. — P. 248—276.

2. N. N. Ivanets, Yu. G. Tyulpin, V. V. Chirko, M. A. Kinkulkina. Psychiatry and narcology. - M.: GEOTAR-Media, 2006. - P. 473-474. — 832 p.

3. Hoch P. H., Cattell J. P. The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia // Psychiatric Quarterly — 1959. — Vol. 33. — P. 17—43.

4. O'Connor K., Connor K. O., Nelson B., Walterfang M., Velakoulis D., Thompson A. Pseudoneurotic schizophrenia revisited.// The Australian and New Zealand journal of psychiatry. — 2009. — Т. 43, № 9. — С. 873—876.

5. Vsemirnaja organizacija zdravooohranenija. Klass V: Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedenija (F00—F99) (adaptirovannyj dlja ispol'zovanija v Rossijskoj Federacii). Chast' 1 // Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). — Rostov-na-Donu: Feniks, 1999. — S. 125.