

Комментарии к «Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению шизофрении»

Одна из проблем отечественной психиатрии - исторически сложившаяся традиция расширительной диагностики шизофрении. Дифференциальный диагноз между биполярным аффективным расстройством и шизофренией российские психиатры решают в пользу шизофрении в 6-10 раз чаще, чем их зарубежные коллеги (Бюллетень ВОЗ, 2011). Нозологические принципы зачастую игнорируются, предпочтение отдаётся критерию психологической «выводимости / невыводимости» переживаний и поведения больного. Всё психологически непонятное, необъяснимое, нелепое, недоступное вчувствованию многие психиатры причисляют к «шизофрении». МКБ-10 способствует дальнейшему отказу от нозологической дифференциации эндогенных психозов и возврату психиатрии в эпоху симптоматологических описаний, к диагностике «на срезе», без учёта структурных особенностей синдромаобразования и закономерностей синдромотаксиса. Диагностические критерии излагаются в ней не в контексте целостных клинико-динамических взаимосвязей, а в виде перечней малоспецифичных, прогностически неинформативных симптомов. Всё это способствует субъективизму в диагностике.

Нозологическая квалификация оказывает существенное влияние на стратегию психофармакотерапии пациентов. В частности, распознавание шизофрении вместо биполярного аффективного расстройства (БАР) сопровождается необоснованным назначением нейролептиков, причём даже тогда, когда психотические симптомы отсутствуют, и не только при купировании приступа, но и в качестве основного средства противорецидивной терапии. Нейролептики плохо переносятся больными, страдающими БАР, отрицательно сказываются на семейном и трудовом статусе, существенно сокращают продолжительность интермиссий и ухудшают их качество.

Механическое дублирование соответствующей рубрики МКБ-10 вряд ли отвечает идее создания «Федеральных клинических рекомендаций».

Диагностические критерии шизофрении предлагают дополнить важными пунктами, соответствующими единственно продуктивному направлению развития клинической психиатрии – нозологическому.

1. Изъять из текста «эпизодический ремиттирующий тип течения шизофрении», а также фразу: «Для диагностики шизофрении необходимо наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2 менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным ниже признакам 1-4, или 2 симптомов, относящихся к признакам 5-9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца».
2. Отметить, что вне взаимосвязи с характерной динамикой развёртывания процессуального заболевания симптомы, перечисленные в пунктах 1-4, отнюдь не являются бесспорными признаками шизофрении. Ведь этими «шизофреническими симптомами I ранга» Курт Шнайдер назвал то, что никто до него таковыми не считал. Сам Шнайдер тут же признавал: «те же самые симптомы могут возникать при алкогольных психозах, в эпилептических сумеречных состояниях, при анемических и других симптоматических психозах, при самых различных мозговых процессах», причём «для прогноза симптомы 1-го ранга не являются безоговорочно применимыми». Не вдаваясь в обсуждение этих досадных противоречий, Шнайдер предоставил воле врача, чему придавать решающее значение при постановке диагноза – состоянию или течению. «Тот, кто подобно нам отдаёт предпочтение первому, будет, особенно в случае проявления психозом шизофренических симптомов 1-го ранга, настаивать на этом диагнозе и после полного излечения психоза. Тот же, кто диагностирует на основе течения психоза, назовёт действительно излеченный

психоз, независимо от его шизофренической симптоматики, фазой «в рамках маниакально-депрессивного помешательства». Вообще, «эта оценка касается только диагноза, для теории шизофрении она не имеет значения» (Шнайдер К., 1931).

Идея Шнайдера базировалась на дихотомических психологизмах Карла Ясперса, считавшего, что принципы нозографического обособления к шизофреническим и аффективным психозам неприменимы и, якобы, говорить можно лишь о двух полюсах «типологий психической жизни». «Аффективная болезнь представляется открытой для эмпатии и не противоречащей человеческой природе»; это не более чем «преувеличенная или преуменьшенная степень выраженности нормальных оснований и мотивов». В противоположность тому, «шизофреническая психическая жизнь недоступна нашему пониманию»: она содержит «закрытые для вчувствования элементы, которые нам в принципе не дано представить» (Ясперс К., 1913). Принципиальную возможность психологической интерпретации биологически детерминированных аффективных психозов и обнаружения в них сугубо количественных отличий от нормы оставим за скобками.

«Наивный способ учитывать одни лишь бросающиеся в глаза явления потому обманчив, что он обращает внимание на кричащие различия и сходства, но оставляет нас в полном неведении относительно сущности болезни; в то же время, важнейшие, но незаметные основные черты исчезают от внимания» (Крепелин Э., 1916).

3. Подчеркнуть, что для шизофрении характерно системное поражение фундаментальных свойств человеческой психики: вербального мышления, единства смысловых связей, способности к сознательной интеллектуальной переработке впечатлений и к синтезу отвлечённых понятий. Расстройство образного мышления и чувственных представлений, присоединение чувственного бреда при шизофрении всегда бывает вторичным. В большинстве случаев этому предшествует этап более или менее оформленного интеллектуального бреда. Острые полиморфные приступы с выраженными аффективными сдвигами, изменчивостью и диссоциацией эмоций, с красочными, динамичными расстройствами сенсорного синтеза и перцептивного самосознания в виде причудливых сенестопатий, галлюцинаций, дереализации, трансперсонации, с катестезическим персекуторным и фантастическим бредом, бессвязностью мышления, помрачением сознания более характерны не для шизофрении, а для приступов БАР I типа, а также для некоторых экзогенно-органических психозов. Симптомы сновидно изменённого сознания могут комбинироваться с такими симптомами более лёгкого регистра, в т.ч. с пресловутыми «симптомами 1-го ранга» Шнайдера - хотя настоящий, устойчивый синдром Кандинского-Клерамбо, конечно же, не формируется.

4. Обратить внимание врачей на то, что ошибочный диагноз шизофрении может быть результатом неверной квалификации картин маниакальных и смешанных приступов БАР I типа. Поведение больного с гневливой манией, производящее подчас впечатление бессмысленно-импульсивного враждебного противодействия, иногда принимается за бесспорный шизофренический негативизм – хотя истинного негативизма на фоне аффективной тупости и отчуждения не наблюдается. Ускоренное, отрывочное мышление со скачкой идей может ошибочно трактоваться как «атактические соскальзывания». Истинная шизофреническая разорванность мышления сохраняется и в периоды ремиссий, хотя для её выявления могут понадобиться специальные приёмы (задания на обобщение и различение понятий, интерпретацию метафор и пословиц и др.). Нелепые и импульсивные поступки, стереотипии, вербигерации, мутизм, возбуждение, застывания и т.п. нозологически специфичными не являются.

5. Разграничить острую (онейроидную) и хроническую (люцидную) кататонию, указав, что для шизофрении (а также для постэнцефалитных состояний, лобных атрофий, опухолей мозга, хронических амфетаминовых психозов) более характерен второй, прогностически неблагоприятный вариант. Острая кататония наблюдается в структуре приступов атипичных аффективных (циклоидных) психозов, как самостоятельная форма эндогенного психоза (периодическая кататония Кальбаума-Леонгарда) и при эпилепсии (вариант бессудорожного эпилептического статуса). Приступ острой кататонии может осложниться развитием жизнеопасного фебрильного статуса. В большинстве случаев приступы острой кататонии протекают бездефектно. Реже формируется парциальный дефект в виде эмоционального притупления, однако свойственного шизофрении поражения витально-инстинктивной сферы, высшей мыслительной и волевой деятельности не происходит. Соответственно, в разделе «Терапия кататонических симптомов» полезно указать, что бензодиазепины и ЭСТ являются средствами выбора при терапии острой кататонии, но при хронической кататонии они малоэффективны. Симптомы хронической кататонии могут смягчаться с помощью замещённых бензамидов, арипипразола, кветиапина или малых доз инцизивных нейролептиков. Бывают полезны комбинации одного из перечисленных антипсихотиков с карбамазепином.

б. В картинах параноидной шизофрении имеет смысл выделить, как минимум, два варианта, поскольку в зависимости от особенностей клиники стратегия лечения различается. Первый вариант относится к ядерным, злокачественным формам шизофрении, которые описывались под названиями «дементно-параноидная форма раннего слабоумия» (Крепелин), «системная парафрения» (Леонгард), «негативная шизофрения» (Кроу), «кататоно-параноидный синдром» и т.д. Вторым вариантом соответствует «парафрениям» (Крепелин), «шизомании» и «хроническим галлюцинаторно-бредовым психозам» (Клод и др. французские авторы), «насыщенной аффектом парафрении» (Леонгард), «позитивной шизофрении» (Кроу) и т.д.

Кататоно-параноидный вариант	Галлюцинаторно-параноидный вариант
<p>Роль наследственности и конституциональных факторов незначительна Нередко нарушения внутриутробного развития или акушерские осложнения Признаки дизонтогенеза, гипо- и дисплазии, иногда невысокий IQ Постепенное начало болезни Пустой, безаффектный аутизм – следствие оскудения мыслей и аффектов, недоступность, «речь с самим собой», анергия Эмоциональная тупость, эйфория, враждебность и/или безразличие Схематичное, формальное, безаффектное, обеднённое, отрывочное, непродуктивное мышление, полисемантизм, персеверации; шперрунги, ментизмы, «пустота в голове» Амбитендентность Кататоническая симптоматика: окостенение мимики, стереотипии, вербигерации, застывания, пассивная подчиняемость и др. Галлюцинации лишены целостности и чувственной яркости, не имеют значения для</p>	<p>Нередко психопатологически отягощённая наследственность В преморбиде - сенситивно-шизоидная конституция, интроверсия, пассивность / агрессивность, символизм, тенденция к переживаниям значимости, к аутистическим фантазиям Нередко предшествуют провоцирующие факторы Манифестация заболевания более или менее очерчена Витальные (диффузные, агностические) аффекты Аутизм – проявление аффектогенной актуализации воображения, болезненной фантазии, ониризма, особого мировоззрения Мышление разорванное, символическое, фабулирующее Переживания отчуждения и трансперсонации: псевдогаллюцинации, сенестопатии, другие психические автоматизмы, сновидные состояния</p>

<p>личности («сенсорный паразитизм») Стереотипный бред без интеллектуальной картины и глубокого участия эмоций, с постепенным оскудением фабулы («мумификация в бредовом состоянии») Расстройства поведения обусловлены не столько бредовыми представлениями, сколько бесцельной импульсивностью, негативизмом, паратимией, расторможенностью, нарушениями влечений и инстинктов («бред поступков без бреда мысли») Непрерывное течение Тотальный дефект, распад личности</p>	<p>Аффективно насыщенный, активно расширяющийся бред с интеллектуальной разработкой фабулы Связь поведения с содержанием бреда Вне рамок галлюцинаторно-бредовых переживаний контакт со средой сохраняется, парабулии и абулия не формируются Диссоциация аффектов и внутреннего мира, но не ядра личности Эмоциональное, но не интеллектуальное снижение; нет аффективной недоступности Непрерывное или шубообразное течение Парциальный дефект без распада личности</p>
---	---

Использование инцизивных нейрелептиков при лечении больных с дефицитным вариантом параноидной шизофрении в стандартных терапевтических дозах нецелесообразно; рекомендуется применять их в малых дозах или использовать антипсихотики второго поколения. Антипсихотик иногда полезно комбинировать с нормотимиком: в первом варианте – с карбамазепином, во втором – с вальпроатом.

Помимо вышеперечисленных дополнений к рекомендациям по диагностике шизофрении, предлагаю внести несколько уточнений в разделе рекомендаций по лечению больных.

1. Дать конкретные указания, способствующие ограничениям в использовании мегадоз антипсихотиков, полипрагмазии, поспешной смены препаратов. Вопросы назначения пациентам сверхвысоких доз (более 1000 мг в хлорпромазиновом эквиваленте в сутки), одновременного назначения двух или более антипсихотиков, по-видимому, должны рассматриваться консилиумом врачей. Надо бы отразить возможные и нецелесообразные комбинации антипсихотиков. Ограничения должны также коснуться использования антихолинергических корректоров в профилактических целях. Потенцирования седативного эффекта, преодоления бессонницы в необходимых случаях предпочтительно достигать комбинациями антипсихотических препаратов с психотропными средствами иных классов – например, со стабилизаторами настроения и/или с анксиолитиками. Подчеркнуть необходимость соблюдения особых предосторожностей в выборе режимов дозирования и непрерывного мониторинга соматического состояния, анализов крови и ЭКГ при лечении больных пожилого возраста.
2. В рекомендациях отсутствует важный раздел, касающийся поддерживающей терапии больных шизофренией антипсихотиками-пролонгами (первого и второго поколений).
3. По-видимому, следовало бы уделить внимание средствам адъювантной терапии – в частности, антиконвульсантам-нормотимикам, бензодиазепинам, антидепрессантам, блокаторам кальциевых каналов, нейрометаболическим препаратам.
4. Было бы полезно дать рекомендации по лечению проблемных пациентов с относительно редкими формами заболевания - например, сенесто-ипохондрической шизофренией, шизофренией с навязчивостями, с синдромом хронического вербального псевдогаллюциноза и т.д.

С огромным уважением к авторам проекта рекомендаций,
профессор Е. Снедков