

Шизофрения на этапе относительной стабилизации процесса. Проблемы клиники и терапии

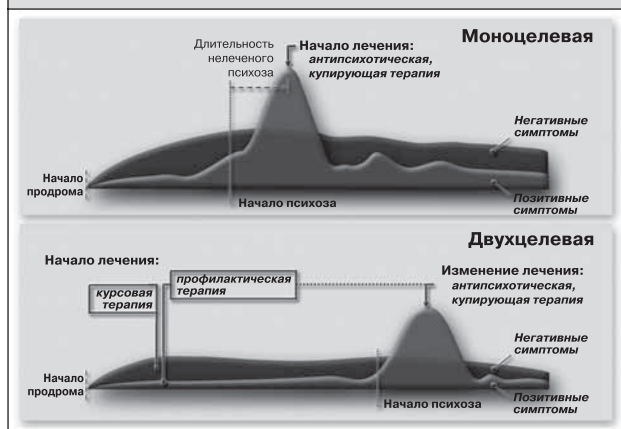
А.Б. Смулевич, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва

В 2003 г. были созданы две рабочие комиссии в Европе и США для квалификации определения ремиссий при шизофрении. Квалификация ремиссии базируется на критериях позитивных и негативных симптомов и требует относительной стабильности остальных ассоциированных симптомокомплексов при длительности ремиссии больше шести месяцев. Но оказалось, что ремиссии с подобными критериями отвечают только самым благоприятным исходам шизофрении, они не содержат клинической информации, например типологии ремиссий, не связывают ремиссии с предшествующим течением и подменяют некоторые клинические критерии социальными. В связи с несовпадением с этими критериями собственных наблюдений ремиссионных состояний нами выработана собственная клиническая систематика ремиссионных состояний, которая соответствует реальной действительности и строится на соотношении позитивных и негативных расстройств. Ремиссии: симптоматические – с соучастием резидуальных позитивных расстройств и синдромальные – с негативными изменениями. Отдельно выделены ремиссии по типу «новой», «второй» жизни и дискинетические. В ремиссиях по типу «второй» жизни формируется новое паранойальное мировоззрение – это не резидуальный бред и в каком-то смысле позитивная симптоматика. Дискинетические ремиссии – это остаточная мягкая кататония или синдром монотонной активности. Мы отнесли эти ремиссии к резидуальным состояниям – нажитой психопатии. В связи с этим встает вопрос дефиниции резидуальных состояний.

Ремиссии, сопровождающиеся формированием нажитых психопатий:

- 1) длительность от 6 до 30 лет;
- 2) наличие психопатологических образований, дублирующих (но в редуцированном виде) большие психозы на уровне завершенных пограничных психических расстройств – дискинетопатия, гипопараноические состояния;
- 3) амальгамирование дублирующих психопатологических образований в структуру нажитой психопатии (прежняя личность уничтожается болезнью);

Рис. 1. Модели терапии шизофрении



- 4) синдромально завершенные пограничные психические расстройства являются транзиторными – переходными от психоза к состоянию Residua.

Несколько слов о концепции выздоровления при шизофрении – концепции recovery. Это ряд больных, которые борются с болезнью путем «инкорпорации болезненного опыта в свою идентичность» – здесь речь идет о социальном выздоровлении, оптимальном социальном позитивном исходе, а не о клиническом выздоровлении.

Вопрос о начале лечения шизофрении и лечении ее на разных этапах развития остается дискуссионным до настоящего времени. С точки зрения представленной модели развития шизофрении раннее лечение, уже в начале продромального периода, представляется вполне оправданным. В целом модель терапии шизофрении на различных этапах течения представлена на рис. 1, и препараты, обеспечивающие эту терапию (рис. 2), это прежде всего атипичные антипсихотики.

Рис. 2. Фармакотерапия шизофрении

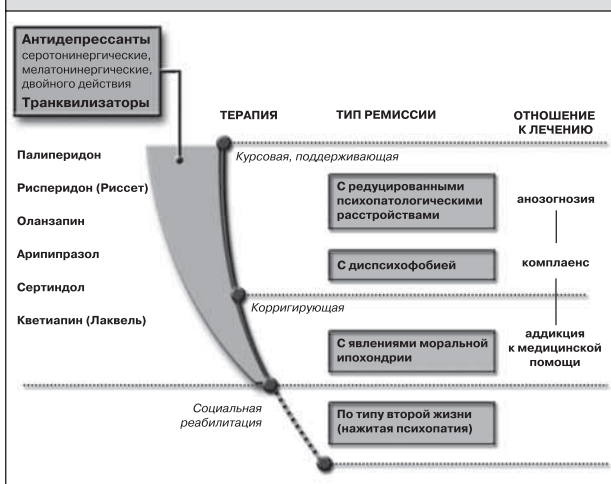


Рис. 3. Изменения объема головного мозга у больных с первым эпизодом шизофрении

