



### **6A22 Шизотипическое расстройство**

*Основные (необходимые) признаки:*

- Устойчивый комплекс необычных высказываний, убеждений, восприятия и поведения, который не обладает достаточной степенью выраженности и продолжительности, чтобы соответствовать диагностическим критериям шизофрении, шизоаффективного расстройства или бредового расстройства. Комплекс включает несколько из следующих симптомов:
  - Сдержанный аффект, в связи с чем индивидум кажется эмоционально холодным и отрешенным;
  - Поведение или внешний вид – эксцентричные, странные, необычные или своеобразные, не соответствующие культуральным и субкультуральным нормам;
  - Ограниченный контакт с окружающими с тенденцией к социальной отгороженности;
  - Странные убеждения или магическое мышление, делающие поведение несоответствующим субкультуральным нормам, но не достигающие диагностических критериев бреда;
  - Необычные искажения восприятия, такие как насыщенные иллюзии, деперсонализация, дереализация или галлюцинации;
  - Подозрительность или параноидные идеи;
  - Аморфное, обстоятельное, метафорическое, сверхдетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся вычурной речью без выраженной разорванности;
  - Навязчивые руминации без ощущения их чуждости и нежелательности, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием.
- Состояние пациента никогда не соответствовало диагностическим критериям шизофрении, шизоаффективного расстройства или бредового расстройства. Преходящий бред, галлюцинации нарушения формального

мышления, ощущения воздействия, овладения или контроля могут возникать, но не сохраняются дольше месяца.

- Симптомы должны присутствовать постоянно или эпизодически на протяжении не менее 2 лет.
- Симптомы вызывают дистресс или ухудшение функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах жизни.
- Симптомы и поведенческие особенности не являются проявлением другого заболевания (например, опухоли мозга), и не являются следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств (например, кортикостероидов) на центральную нервную систему, включая синдром отмены (например, алкогольная абстиненция), и не могут быть с большей вероятностью отнесены к проявлениям других психических, поведенческих или нейроонтогенетических расстройств.

*Клинические особенности:*

- Шизотипическое расстройство чаще всего встречается у биологических родственников пациентов с диагнозом шизофрении, и рассматривается как проявление психопатологии шизофренического спектра. Наличие родственника первой степени родства с шизофренией имеет дополнительное значение для постановки диагноза шизотипического расстройства, но не является диагностическим критерием, если индивидуум испытывает дистресс или ухудшение психосоциального функционирования из-за симптомов расстройства.

*Границы с нормой:*

- Иногда трудно провести грань между симптомами шизотипического расстройства и экстравагантным, эксцентричным или необычным поведением и убеждениями при отсутствии диагностированного расстройства, в особенности когда люди в общей популяции, без каких-либо явных нарушений функционирования, демонстрируют эксцентричное поведение и рассказывают о наличии необычного субъективного опыта, сходного с психотическим. Шизотипическое расстройство должно диагностироваться только тогда, когда у индивидуума, вследствие имеющихся симптомов, отмечается дистресс или нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

*Особенности течения болезни:*

- Течение шизотипического расстройства относительно стабильное и хроническое, с некоторыми колебаниями силы симптомов. У пациентов часто наблюдаются серьезные ухудшения функционирования в образовательной, профессиональной и межличностной сферах.
- Симптомы шизотипического расстройства обычно присутствуют до полного раскрытия симптоматики:
  - Ограниченный контакт с окружающими с тенденцией к социальной отгороженности, подозрительности или развитию параноидальных идей;
  - Аморфное, обстоятельное, метафорическое, сверхдетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся вычурной речью без выраженной разорванности;
- Расстройство может сохраняться годами с колебаниями интенсивности и выраженности симптомов, но редко перерастает в шизофрению.
- Больные обычно обращаются за лечением сопутствующей депрессии, тревожности или расстройств, связанных со страхом. Хотя лечение показывает эффективность в отношении настроения и тревожности, подозрительность и паранойя часто сохраняются.

*Возрастные особенности:*

- Начало шизотипического расстройства не привязано к определенному возрасту, обычно оно начинается у старших подростков или у молодых взрослых.
- Некоторые симптомы шизотипического расстройства могут первоначально возникнуть в детстве или подростковом возрасте, оказывая влияние на учебу и отношения со сверстниками.

*Культурные особенности:*

- Поведение человека, внешний вид, речь и то, как он объясняет болезнь, могут показаться странными и необычными врачам, незнакомым с культурой пациента, но в контексте культурной группы пациента они могут быть либо нормативными, либо недостаточно выраженными, чтобы достигать порога психического расстройства. Концепции и переживания, распространенные в некоторых культурах, включают колдовство, глоссалалию, жизнь после смерти, шаманизм, чтение мыслей, шестое чувство, сглаз, одержимость духом и магические верования, касающиеся здоровья и болезни.
- Ослабленная вовлеченность в межличностные отношения может быть частью некоторых культурных или религиозных практик (например, монашеская изоляция) и не должна рассматриваться как патология.

*Половые особенности:*

- Шизотипическое расстройство несколько чаще встречается у мужчин.

*Границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика):*

**Границы с шизофренией:** В продромальной и резидуальной фазе шизофрении у индивидуума могут отмечаться продолжительные периоды с искаженным восприятием, странными убеждениями и нелепыми высказываниями, речью с соскальзываниями, социальной отгороженностью, и другими симптомами, которые характерны для шизотипического расстройства. Для постановки диагноза шизофрении, тем не менее, требуется сохранение психотической симптоматики как минимум в течение одного месяца, в отличие от шизотипического расстройства, при котором любые симптомы, похожие на психотические, не отвечают диагностическим критериям шизофрении по степени выраженности и продолжительности. Более того, комплекс необычных высказываний, убеждений, восприятия и поведения у индивидуумов с шизотипическим расстройством имеет тенденцию сохраняться в течение времени (даже на протяжении нескольких лет), в отличие от меняющейся картины симптомов в продромальной или резидуальной фазе шизофрении.

**Границы с расстройствами аутистического спектра:** Трудности в общении, наблюдаемые при шизотипическом расстройстве, могут иметь сходные черты с расстройствами аутистического спектра, такими как нарушения социального взаимодействия или социальная отгороженность. Однако к шизотипическому расстройству не относятся ограниченные, повторяющиеся и стереотипные виды поведения, интересов или активности.

**Границы с расстройством личности:** Расстройство личности определяется как устойчивые нарушения отношения индивидуума к себе, другим и окружающему миру, которые приводят к формированию дезадаптивных способов выражения эмоций и дезадаптивному поведению, а также создает значительные функциональные проблемы, особенно ярко проявляющиеся в общении. Не нужно ставить индивидуумам с шизотипическим расстройством дополнительный диагноз расстройства личности, если нарушения функционирования и межличностных отношений всецело обусловлены симптомами шизотипического расстройства. Тем не менее, если имеются другие личностные черты, которые приводят к значительным проблемам в межличностных отношениях, дополнительный диагноз расстройства личности может быть поставлен.