

УДК 616.89

**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
МНЕСТИКО-ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЛЕГКОЙ
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОГО
ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА ПРИМЕРЕ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Лелевкина Е.С.*Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново*

В статье приводится клинический пример дифференциальной диагностики мнестико-интеллектуального дефекта при легкой умственной отсталости и эмоционально-волевого дефекта при шизофрении. Анализ анамнестических данных, меддокументации и результаты клинического исследования пациента свидетельствуют о несоответствии ранее установленного пациенту диагноза «легкая умственная отсталость», диагностическим критериям данного психического расстройства. У пациента отсутствовало отставание в психомоторном развитии, а также отсутствует тотальность психического недоразвития, с возрастом психическое состояние пациента стало прогрессивно ухудшаться, при этом при патопсихологическом исследовании отмечалось усугубление интеллектуального дефекта с легкой до умеренной степени, без воздействия каких-либо экзогенных и эндогенных факторов, что привело к ошибочной диагностике у пациента «легкой умственной отсталости». В статье приведены критерии и доказательная база необходимости диагностирования эмоционально-волевого дефекта при шизофрении.

Ключевые слова: умственная отсталость, шизофрения, дифференциальный диагноз

**FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS
OF MNESTIKO-INTELLEKTUALNOGO OF DEFECT AT EASY INTELLECTUAL
BACKWARDNESS AND EMOTIONAL AND STRONG-WILLED DEFECT AT
SCHIZOPHRENIA ON THE EXAMPLE OF THE CLINICAL CASE**

Lelevkina E.S.*Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo*

In article the clinical example of differential diagnostics of mnestiko-intellectual defect at easy intellectual backwardness is given and emotional and strong-willed defect at schizophrenia. The analysis the anamnestic data, medical documentation and results of clinical trial of the patient testify to discrepancy of the diagnosis which is earlier established to the patient «easy intellectual backwardness», to diagnostic criteria of this mental disorder. The patient had no lag in psychomotor development, and also there is no totality of a mental underdevelopment, with age the mental condition of the patient became progressive to worsen, thus at patopsychological research aggravation of intellectual defect with easy to moderate degree, without influence of any exogenous and endogenous factors that led to wrong diagnostics at the patient of «easy intellectual backwardness» was noted. Criteria and evidential base of need of diagnosing of emotional and strong-willed defect at schizophrenia are given in article.

Keywords: intellectual backwardness, schizophrenia, differential diagnosis

Пациент «К» 21 год. По данным из меддокументации, наследственность пациента отягощена хроническим алкоголизмом отца. Родился он от 1 или 2-й беременности (неразборчивая запись), 1-х своевременных родов, в лобном предлежании. Беременность у матери протекала на фоне угрозы прерывания, нефропатии второй половины беременности, внутриутробной гипоксии плода. У матери диагностировалась «Водянка 1 степени». Роды были путем операции кесарева сечения, вес при рождении 3400 г, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов». В 1 месяц осматривался неврологом с жалобами матери на беспокойство, срыгивание у ребенка, устанавливался диагноз: «Перинатальная энцефалопатия средней тяжести, гипертензивный синдром», назначалось лечение. В 1 год прошел осмотры специалистов (ЛОП, окулист, хирург, невропатолог),

всеми был признан здоровым ребенком. Болел редко. На 1-м году жизни однократно перенес ОРВИ, в 2 года болел очаговой пневмонией средней тяжести, в марте 1998г. (2,5 года) устанавливался диагноз: «Энурез». Лишь после 3-х лет стал чаще болеть простудными заболеваниями, в 2006 г. перенес ветряную оспу. Отец умер в 2006 г., родители были в разводе с 1998 г., с этого момента воспитывался бабушкой и дедушкой в обстановке гиперопеки. По сведениям со слов матери в меддокументации, пациент начал ходить с 11 месяцев, не ползал, речь развивалась нормально, у него отмечалась «болезнь замкнутого пространства, включенной лампочки (вследствие резкого удара об нее)», с детьми общался мало, играл в основном один. До 4-х лет жил с отцом и матерью, с 4-х лет стал проживать с бабушкой и дедушкой. По сведениям из меддокумен-

тации, пациент детский сад посещал с 4-х лет, рос тихим, застенчивым. Навыки самообслуживания формировались медленно. По сведениям со слов матери в меддокументации, обучение начал с 7 лет в общеобразовательной средней школе, дублировал 1 класс. Успеваемость была низкая, интереса к учебе не проявлял. Домашние задания всегда выполнял с помощью бабушки. Там же указано, что волевые качества у пациента отсутствовали, преодолевать трудности не умел, был мало эмоциональный, замкнутый в себе, «держал эмоции внутри себя», невнимательный, «памяти не было, не запоминал поручения». Также мать отмечала, что потребность в общении у него была, но дети от него отворачивались. Любил смотреть телевизор, читать газеты, близких друзей не было. Со слов матери в меддокументации также указано, что в классе взаимоотношения у пациента были напряженные, в семье был замкнут, в основном молчал, ни о чем не рассказывал, с детства был тихий, замкнутый, очень медлительный в делах, интерес ни к чему не проявлял. На все отвечал: «Я не хочу» или молчал. По сведениям из меддокументации, пациент под амбулаторным наблюдением психиатра состоял с 2006 г. с диагнозом: «Органическое расстройство личности», дублировал 1 класс, в 4 классе впервые обследовался психологом амбулаторно, давалось заключение: «IQ 75-53-61». В коррекционную школу не его переводили. С 2006 г. по 2011 г. на прием пациент не обращался. По сведениям из меддокументации, пациент окончил 9 классов общеобразовательной школы. В характеристике на пациента, как ученика 9 класса общеобразовательной школы указано, что он обучался в данном учебном заведении с 1 класса. За время обучения он показал слабые знания по всем основным предметам. Невнимательность, медлительность при устном ответе и при письме плохо сказывались на его успеваемости. Во время уроков или занятий часто «уходил в свои мысли». Был особенный ребенок, для его обучения всегда требовался индивидуальный подход. Он не обидчивый, никогда не ничего не рассказывал. Класс, в котором он учится очень дружный. Поэтому очень часто одноклассники помогали, по данным характеристики, пациенту в учебе, навещали, когда он болел, звали с собой гулять. На замечания взрослых он реагировал адекватно. С удовольствием участвовал в классных и школьных мероприятиях. Ответственно относился к порученному ему заданию. Был замкнутый, трудный молодой человек. По сведениям из меддокументации, он участвовал в ведении домашнего хозяйства, выпол-

нял простую работу, активности не проявлял. Свободное время проводил с друзьями младше по возрасту. Вредных привычек не имел. Тяжелых соматических заболеваний не переносил, перенес ОРВИ, грипп, ветряную оспу, травму ноги. Реагирует на колебания атмосферного давления, плохо переносит транспорт. В 2011 г. лечился в неврологическом стационаре с диагнозом: «Лабильная артериальная гипертензия. СВД по смешанному типу, кризовое течение. МАРС (пролапс митрального клапана 1ст., дополнительная хорда в левом желудочке) Резидуальная энцефалопатия (перинатальная, сосудистая) Нестабильность ШОП. Цервикалгия. Миофасциальный синдром. Ипохондрический синдром. Деформация грудной клетки. Сколиотическая осанка. Множественные пигментные невусы». ЧМТ с потерей сознания, по сведениям из меддокументации, не было. По окончании школы не работал и не учился. Был направлен в 2011г. на обследование в психиатрический стационар с целью решения вопроса об обучении. В психическом статусе отмечалось, что пациент в отделение поступил в спокойном состоянии, с обследуемыми не общался, держался отстраненно, Время провел в постели. Интересов нет. Книг не читал, в настольные игры не играл. При первичном осмотре врачом отделения, контакту был недоступен, сидел, опустив голову, избегал зрорового контакту, на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Эпизодически на лице появлялась выраженная вегетативная реакция в виде гиперемии кожи. Ориентирован был верно. Сознание не помрачено. Расстройств восприятия не выявлялось. Бредовых идей не высказывал. Мышление оценивалось конкретным, его темп был невысок. Абстрагирование оценивалось на низком уровне. Смысл пословиц и поговорок объяснял конкретно, слабо пользовался подсказками. Операции на сравнение и исключение проводил конкретно, испытывал затруднение, не мог выделить 4 лишнее, считал с ошибками, которые не исправлял, слабо пользовался подсказками. Общий уровень знаний оценивался малым, словарный запас также оценивался малым. Познавательный интерес отсутствовал. Суждения были не зрелы, инфантильны. Память оценивалась сниженной на текущие события. Интеллект оценивался низким. Фон настроения был неустойчив. Эмоционально лабилен. Критические способности снижены. Цель направления не понимал, объяснить не мог. Планов не строил. К обследованию относился формально, заинтересованности не было. Внимание оценивалось неустойчивым. При этом, как указано в меддокумен-

тации, давал подробные анамнестические сведения. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия». Психологом давалось заключение: «Выявлены признаки легкого снижения уровня формального интеллекта». Посещал психореабилитационное отделение, заключение психиатра психореабилитационного отделения: «Может работать только в специально созданных условиях». В меддокументации отмечалось, что в течение всего периода обследования проявил низкие интеллектуальные способности, познавательного интереса не проявлял, книг не читал, телевизор не смотрел, время бесцельно проводил в палате, в общении был не замечен, держался обособленно, замкнуто. Был выписан в связи с окончанием обследования с диагнозом: «Легкая умственная отсталость без нарушения поведения вследствие перинатальной энцефалопатии». После выписки из отделения, поступил учиться в профессиональное училище – интернат на обучение по профессии «портной», в характеристике из данного учебного заведения указывалось, что интереса к учёбе не проявлял, любимых предметов не было. За время обучения показал слабые способности. Память была плохая, при устном ответе кроме медлительности, очень заметно нарушение мыслительных процессов, не мог формулировать и четко выражать свои мысли, с трудом делал логические обобщения. Словарный запас был ограничен. На вопросы отвечал односложно. Мог повторять действия за другими или делал что-либо с подачи, подсказки других. С программой производственного обучения не справлялся. У него была плохо развита мелкая моторика и плохая координация движений, поэтому он с трудом выполнял даже самые простые задания. При выполнении заданий допускал много ошибок, их не осознавал, не мог самостоятельно проверить и оценить результат своей работы. Темп работы был очень медленный, мог отказываться от работы, не объясняя причины. С учащимися в группе не общался. Характер у него был замкнутый, застенчивый, испытывал трудности при общении. В поведении могли проявляться упрямство, лень. Свои чувства выражать не любил. Устойчивых интересов не имел. С трудовыми поручениями и обязанностями дежурного в группе и училище не справлялся. Общение с педагогами носило ровный, спокойный характер. Санитарно-гигиенические навыки были не развиты. Не мог следить за собой, и за помещением, в котором проживал. В дальнейшем проживал с бабушкой и дедушкой. Немного участвовал в ведении домашнего хозяйства, под

контролем выполнял простую работу, самостоятельной активности не проявлял. Свободное время проводил бесцельно. Друзей не было. Вредных привычек не было. Со слов родных было известно, что пациент задавал странные вопросы, жаловался на головную боль, слабость, головокружение, отмечалось повышение уровня артериального давления, болезненные ощущения в области шейных позвонков, стал кивать головой вверх-вниз, в стороны, что-то переживал, нервничал, был «как забитый, загнанный в угол звереныш». В 2012 г. вновь стационарно обследовался и лечился в психиатрическом стационаре в связи с очередным переосвидетельствованием в МСЭ. В психическом состоянии отмечалось, что в отделение поступил в спокойном состоянии, с обследуемыми не общался, держался отстраненно. Интересов не выявлялось. Контакту был доступен, сидел, опустив голову, избегал зрительного контакта, на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Эпизодически на лице появлялась выраженная вегетативная реакция в виде гиперемии кожи. Ориентирован был верно. Сознание не помрачено. Расстройств восприятия не выявлялось. Бредовых идей не высказывал. Мышление оценивалось конкретным, темп его невысок. Абстрагирование оценивалось на низком уровне. Смысл пословиц и поговорок объяснял конкретно, слабо пользовался подсказками. Операции на сравнение и исключение проводил конкретно, испытывал затруднение, не мог выделить 4 лишнее, считал с ошибками, которые не исправлял, слабо пользовался подсказками. Общий уровень знаний оценивался малым, словарный запас также был мал. Познавательный интерес отсутствовал. Суждения были не зрелы, инфантильны. Память оценивалась сниженной на текущие события. Интеллект оценивался низким. Фон настроения был неустойчив. Эмоционально лабилен. Критические способности были снижены. Цель направления не понимал, объяснить не мог. Планов не строил. К обследованию относился формально, заинтересованности не проявлял. Внимание было неустойчивое. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное течение». ЭХО-ЭГ – без особенностей. На ЭЭГ выявлялись признаки невыраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. Психологом давалось заключение: «Признаки легкого снижения уровня формального интеллекта». По данным НС-психотеста были выявлены признаки значительного снижения функции памяти, внимания на фоне выраженной истощаемости, общего

снижения работоспособности, вегетативных нарушений. При психологическом тестировании – достоверность данных по тесту ММИЛ была сомнительна. В отделении в течение всего периода обследования и лечения в поведении был незаметен, ничем себя не проявлял, интерес к чему-либо отсутствовал. В общих разговорах не участвовал. За собой ухаживал плохо, личные вещи содержал в беспорядке, на замечания не реагировал, раздражался. Отличался моторной неловкостью, некоординированностью движений. На вопросы отвечал односложно, тихим голосом, после длительных пауз. Свои мысли выражать не мог. В помощи по отделению не участвовал. Цели обследования не понимал, пребыванием тяготился. Был выписан с диагнозом: «Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная перинатальной энцефалопатией». В дальнейшем пациенту была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию бессрочно. По сведениям из меддокументации, после выписки проживал с бабушкой, дома ничем не занимался. Не работал. Тяжелые заболевания, ЧМТ отрицал. Алкоголь не употреблял. Участкового психиатра не посещал, лекарств не принимал. Ухудшение в психическом состоянии отмечалось с декабря 2014г. когда стал непослушен, раздражителен, груб, злобен, проявлял агрессию в отношении бабушки, наносил ей побои, нападал на окружающих, угрожал расправой, пугался своего отражения в зеркале, периодически нарушался сон, выбегал на улицу раздетый. При осмотре врачами бригады скорой помощи был спокоен, контакт с ним был непродуктивный, предоставленный сам себе, начинал раскачиваться, периодически улыбался. Был госпитализирован в психиатрический стационар, где находился с января по апрель 2015г. В психическом статусе при первичном осмотре врачом отделения отмечалось, что сознание пациента было не помрачено. Понимал, где находится, путал дату, год назвал правильно. Был неряшлив. Моторно спокоен, сидел в одной позе, опустив голову, избегал зрительного контакта. На вопросы отвечал скупой, односложно. Мышление было замедлено, конкретно, суждения примитивны, лексикон беден. Бредовых идей не высказывал, обманов восприятия не выявлялось. Память, интеллект оценивались низкими. Не был способен к абстрагированию, обобщению, выделению существенных признаков. Не отрицал, что дома обижал бабушку, но своего поведения не объяснял. Был без критики. Эмоционально лабилен. Неврологом давалось заключение:

«Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное течение». Психологом давалось заключение: «На момент обследования выявлены признаки умеренного снижения интеллектуальной деятельности. Мышление с признаками снижения аналитико-синтетических функций. Эмоциональная синтонность, критичность, волевой компонент снижены. Проявляются признаки трудностей социальной адаптации». На фоне лечения состояние пациента улучшилось, стал спокоен, настроение ровное, малообщителен, не заметен, режим не нарушал. Психических расстройств, антисоциальных и суицидальных тенденций не выявлялось. Был выписан домой под наблюдение диспансерного отделения с диагнозом: «Легкая умственная отсталость с нарушениями поведения». Вновь поступил в психиатрический стационар в мае 2015 г. в связи с ухудшением психического состояния в течение 1 недели перед госпитализацией, когда был раздражителен, агрессивен, пинал мебель, неоднократно пытался избить бабушку, в день госпитализации пытался душить бабушку, бил, говорил: «Убью», в связи с чем был госпитализирован в стационар. При поступлении сознание было не помрачено, контакту не доступен, на вопросы не отвечал. Обманов восприятия не выявлялось. Моторно спокоен, отмечалось, что интеллектуально снижен, раздражителен. В психическом состоянии отмечалось, что в отделение прошел без принуждения, режим не нарушал, в пределах наблюдательной палаты удерживался, ночи спал. Пищу принимал достаточно. При осмотре зав. отделением был моторно неловок, неряшлив. Рот приоткрыт. Выражение лица оценивалось как «пустое». Сознание не помрачено, в месте и собственной личности ориентирован верно, во времени дезориентирован. Профиль стационара не осмыслял. Цель госпитализации не формулировал. Катамнестические сведения давал скупой, отвечал односложно после значительных пауз, по наводящим вопросам. Речь оценивалась сохраненной, косноязычной, с обедненным словарем. Нуждался в стимуляции и побуждении, упрощении вопроса. Критика к поведению в быту и агрессии отсутствовала. Свое поведение дома объяснить не мог. Обманов восприятия и бредовых идей не вылось. Мышление оценивалось в замедленном темпе, конкретным, непродуктивным, указывалось, что абстрагирование недоступно, уровень обобщения мал. Интеллект констатировался сниженным по олигофреническому типу до уровня выраженной дебильности (без описания). К факту госпитализации был равнодушен. На лице отмечалась

периодически улыбка. Волевые задержки и самоконтроль снижены, фон настроения был приподнят с дурашливостью. Эмоционально лабилен, неадекватен. Устанавливался диагноз: «Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения». На рентгенограмме черепа выявляется «картина ВЧГ» ЭХО было без патологии. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное состояние». В отделении первое время был внешне психически неустойчив, негативистичен, агрессивен, задирист. Эмоционально лабилен, «слабоумен» (без описания). Критики к поведению не было. В дальнейшем на фоне лечения агрессия редуцировалась, в дневниковых записях лечащих врачей отмечалось, что «слабоумен» (без описания), в личности месте ориентирован верно, дату не знал. Бреда и галлюцинаций за весь период пребывания в отделении не выявлялось. Мышление оценивалось замедленным, конкретным, память и интеллект сниженными до уровня дебильности по олигофреническому типу (без описания). Эмоционально оценивался примитивным, неадекватным. Отмечалось, что «настроение стало ровным. Режим не нарушает. Ночи спит». Мать пациента обратилась в суд с заявлением о признании сына недееспособным, в связи с чем ему в рамках гражданского дела в 2015 г. проводилась амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, во время которой было отмечено, что он неуклюж, мелкая моторика рук не развита, неряшлив. При обследовании находился в непомраченном сознании, мимика его отличалась бедностью, выражение лица было однообразное, голос монотонный, без эмоциональной окраски. Контакт с ним был малопродуктивный из-за его психического состояния: периодически во время беседы он переставал отвечать на вопросы, опускал голову вниз, улыбался, смеялся, затем стал выглядывать в окно кабинета, свое поведение объяснял тем, что «Денис Феохин стоит за коном, меня ждет, анекдоты говорит, я его слышу, с улицы посылает он меня подальше и здесь разговаривает, я с ним в школе познакомился, он сейчас на улице, его привезли». На вопрос экспертов о том, учится он или работает, ответил так: «Я Богом работаю, Денис сказал, я его слышу, он говорит: Эх», затем сказал: «Дядя Саша Шабанов — Бог, он это сказал». Периодически были ответы не по существу, на вопросы экспертов отвечал: «Сосед Саша». О том, когда он впервые стал слышать «голос» Дениса, дяди Саши, не сказал; таким образом, у него были выявлены истинные слуховые галлюцина-

ции. Был пассивен, безынициативен, интереса к обследованию и судебной ситуации не проявлял. Периодически во время беседы стереотипно издавал хрипящие звуки, объяснял тем, что «Горло болит». Моторно был спокоен, сидел на стуле. Сам активности не проявлял, отвечал только на вопросы экспертов, которые требовалось формулировать в упрощенном виде, ответы носили односложный характер, словарный запас подэкспертного невелик. В месте, собственной личности ориентирован был полностью, во времени ориентирован неточно. Причину, по которой его госпитализировали, назвать отказался, свое неправильное поведение дома отрицал. О судебной ситуации не знал, цели и названия обследования не знал. Ему давались объяснения, после чего сказал, что он дееспособный, затем сказал, что он недееспособный и ему нужен опекун. Понятие опекун определил как: «Который помогает». Бреда на момент осмотра не выявлялась. Мышление подэкспертного было непоследовательное, малопродуктивное. Настроение оценивалось ровным, патологически измененного фона настроения на момент обследования не выявлялось. Память оценивалась как «без грубой патологии», уровень интеллекта определялся невысоким с малым запасом знаний, в том числе бытовых вопросов. Критические способности оценивались выражено сниженными. В связи с тем, что ранее установленный ему диагноз: «Легкая умственная отсталость с нарушением поведения» вызывал у экспертов сомнение, предполагалось наличие у него эндогенного психического расстройства в форме шизофрении, рекомендовалось производство в отношении него стационарной судебно-психиатрической экспертизы, которая ему также проводилась в 2015 г., при этом терапевтом давалось заключение: «Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Себя не признает». Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия». В психическом состоянии при первичном осмотре на экспертном отделении отмечалось, что пациент находился в непомраченном сознании. Ориентирован был правильно в месте нахождения и собственной личности (правильно назвал свои фамилию, имя, отчество, возраст, дату рождения). Понимал, что находился в больнице «Богородское», что больница «для психов», поступил на обследование. Цель направления на экспертизу не знал, хотя ранее были даны разъяснения. На вопросы о текущей дате не отвечал, молча улыбался. При беседе в целом был спокоен, сидел на стуле, зрительный контакт был непостоянный, часто

смотрел в сторону, оглядывал потолок, устремлял взгляд поверх голов экспертов в окно. Контакт с ним был непродуктивный, на лице часто появлялась неадекватная улыбка, иногда замирал и смотрел на свои руки. Почти всё время раскачивался туловищем взад-вперед. Словесный контакт с ним был затруднен, воспринимал только просто сформулированные вопросы, отвечал не на все вопросы, ответы, как правило, данные после повторно заданных вопросов, носили односложный характер или делал соответствующие движения головой («да-нет»). Мимика была бедная, однообразная, эмоции примитивные, неадекватные. Голос тихий, лишен голосовых интонаций. Во время беседы был пассивен, сам никакой активности и интереса не проявлял. После повторного разъяснения понял, что решался вопрос об установлении над ним опеки, определил, что «опекун – он помогает», на вопрос экспертов, нужен ли ему опекун, ответил утвердительно. Свое мнение не обосновал, молчал. Далее сообщил, что проживает с родителями и сестрой, правильно назвал их возраст. Сообщил, что закончил общеобразовательную школу, дублировал 1 класс, закончил 9 классов и училище «на Московской». На момент осмотра бредовых идей не выявлялось. Выявлялись слуховые обманы восприятия, о которых говорил скупое, по расспросам экспертов. Рассказал, что слышал голос «Владика Капустина», он доносится «оттуда» (кивает на окно). О содержании «голоса», кто такой Влад Капустин – не говорил, улыбался. Сказал, что «считал себя Богом», однако, что это значит, не пояснял, при этом засмеялся. Патологически измененного фона настроения на момент осмотра не обнаруживал. Мышление было замедленное по темпу, малопродуктивное. Память оценивалась грубого снижения. Интеллект оценивался невысоким, запас знаний малым, в бытовых и социальных вопросах не был ориентирован. Критические способности были выражено снижены. Психологом давалось заключение: «В данном исследовании выявлена заторможенность мыслительной деятельности. Мыслительная деятельность в настоящее время подчиняется не объективным критериям, а субъективным переживаниям, которыми он сейчас захвачен. Мышление нецеленаправленно. Снижены критические способности в целом». В дальнейшем в отделении во время производства стационарной судебно-психиатрической экспертизы требовал постоянного наблюдения и ухода персонала. Контакт с ним был непродуктивен, иногда односложно отвечал на вопросы, иногда не отвечал, сам к общению не стремился.

Простые инструкции выполнял иногда сразу, иногда после повторения. Ничем не был занят, постоянно погружен в свои переживания. Личную гигиену соблюдал только под контролем и при побуждении персонала. После еды одежду, рот, руки пачкал пищей, дискомфорта не ощущал, без вмешательства персонала мог лечь в койку, не приведя себя в порядок. Душ, ежедневные гигиенические процедуры, стрижка ногтей – только при побуждении, под контролем. Аппетит был повышен, ел много, не соблюдая установленного режима питания, требовал продукты из передачи. При отказе – был замечен в том, что берет конфеты, печенье у других обследуемых, на что поступали жалобы соседей по палате. Ночи спал. У него в течение всего периода пребывания в отделении имели место нарушения поведения, обусловленные наличием у него отрывочных слуховых и обонятельных галлюцинаций, расстройств двигательного-волевой сферы (кататонических расстройств): периодически озирался, улыбался или хмурился, потирал различные участки тела, после чего нюхал пальцы; длительными периодами, сидя на койке, раскачивался туловищем взад-вперед, иногда выкрикивал нечленораздельные звуки, иногда бормотал: «дили-дили-дили», особым образом пощелкивал пальцами. Критики к состоянию, поведению не было, считал, что у него «всё хорошо», пребыванием в больнице не тяготился, своей дальнейшей судьбой, сроком выписки не интересовался.

Исходя из всего вышеуказанного, в данном конкретном клиническом случае необходимо было провести дифференциальную диагностику между легкой умственной отсталостью и шизофренией.

Диагностические критерии «Легкой умственной отсталости»

В соответствии с критериями МКБ-10, легкая умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для достоверного диагноза должен устанавливаться пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69).

В отечественной психиатрии умственная отсталость – это сборная группа устойчивых, непрогрессирующих патологических состояний, органической природы, характеризующихся врожденным или рано (до 3-х лет) приобретенным общим психическим недоразвитием с преимущественно интеллектуальной недостаточностью. Основными признаками умственной отсталости считаются:

– отсутствие прогрессивности, не-процессуальный характер, устойчивость и стабильность патологического состояния с интеллектуальным недоразвитием, которое характеризуется тем, что при данном патологическом состоянии не происходит выздоровления, а может при благоприятных условиях только наблюдаться относительная компенсация интеллектуального дефекта;

– тотальность общего психического недоразвития, при котором наряду с интеллектом страдают восприятие, внимание, речь и мышление, память, эмоционально-волевая и двигательная сферы человека.

– Ограниченный и низкий уровень адаптивного социального функционирования.

Исходя из диагностических критериев МКБ-10 необходимо дифференцировать психическое состояние пациента с диагнозом: «Гебефренная шизофрения».

В соответствии с МКБ-10 F20.1 Гебефренная (гебефренная) шизофрения это форма шизофрении, при которой выражены эмоциональные изменения, отмечаются фрагментарность и нестойкость бреда и галлюцинаций, безответственное и непредсказуемое поведение, часто встречается манерность. Аффект неглубокий и неадекватный, часто сопровождается хихиканьем, самодовольством, самопоглощенной улыбкой, величественными манерами, гримасами, манерностью, проказами, ипохондрическими жалобами и повторяющимися выражениями. Мышление дезорганизовано, речь разорвана. Имеется тенденция к изоляции, поведение бесцельное и лишено эмоциональной окраски. Эта форма шизофрении обычно начинается в возрасте 15-25 лет и имеет плохой прогноз из-за быстрого развития «негативных» симптомов, особенно из-за уплощенного аффекта и утраты побуждений. К тому же, выражены нарушения эмоциональной сферы и побуждений, расстройство мышления. Могут присутствовать галлюцинации и бред, но они не являются ведущим симптомом. Влечение и решительность утрачены, цели потеряны и таким образом поведение больного становится бесцельным и бессмысленным. Поверхностное и манерное увлечение религией, философией и другими абстрактными

теориями создают трудности в том, чтобы следить за мыслью больного. Следует отметить: течение гебефренной шизофрении может быть эпизодическим (приступообразно-прогрессирующим) (F20.11x) и хроническим непрерывным (F20.10x). Диагностические указания: Обычно гебефрения должна быть впервые диагностирована в подростковом или юношеском возрасте. Преморбидно такие больные чаще всего застенчивы и одиноки. Для достоверного диагноза гебефрении необходимо наблюдение за больным в течение 2-3-х месяцев, на протяжении которых сохраняется вышеописанное поведение.

Но при этом в психиатрии всегда уделялось большое внимание преморбидным особенностям личности, таким как: слабая потребность в контакте, избирательную общительность, уход в свой внутренний мир, одни дети отказываются от контактов со сверстниками, предпочитая общаться с взрослыми, другие дети, хотя и стремятся общаться со сверстниками, плохо с ними уживаются, либо в связи с застенчивостью и неумением постоять за себя либо наоборот в связи с драчливостью и эгоистичностью. В школьные годы такие дети часто, несмотря на достаточные способности, плохо учатся.

Клинические критерии при дебютировании шизофрении у детей и подростков:

1) заболевание часто начинается невротическими жалобами (головные боли, тянущие боли в шее, чувство перенапряжения и т.д.);

2) симптомы возникают исподволь и нередко являются обострением характерологических черт преморбидного периода;

3) происходит отчуждение от семьи и далее – безразличие к собственной судьбе;

4) постепенная аутизация.

Таким образом, исходя из вышеуказанного, можно сделать вывод о том, что анализ анамнестических данных, меддокументации и результаты клинического исследования пациента свидетельствуют о несоответствии ранее установленного пациенту диагноза «легкая умственная отсталость», диагностическим критериям данного психического расстройства. У пациента отсутствовало отставание в психомоторном развитии, а также отсутствует тотальность психического недоразвития, с возрастом психическое состояние пациента стало прогрессивно ухудшаться, при этом при психологическом исследовании отмечалось усугубление интеллектуального дефекта с легкой до умеренной степени, без воздействия каких-либо экзогенных и эндогенных факторов, что привело к ошибочной диагно-

стике у пациента «легкой умственной отсталости».

Исходя из всего вышеуказанного можно сделать вывод о том, что у пациента «К» имеется психическое расстройство в форме шизофрении, что подтверждается наличием у него с детства преморбидных особенностях личности шизоидного типа (замкнутость, необщительность, трудности в установлении контактов с окружающими, снижение побуждения к общению, стремление находится в одиночестве, предпочтение занятиями теми видами труда не требующими длительного общения с людьми, невыразительные эмоциональные реакции), наличии нестойких, отвлеченных страхов (боязнь замкнутого пространства, лампочки), в связи с чем пациент слабо справлялся с программой общеобразовательной школы, не смог усвоить программу училища, с формированием у него в дальнейшем начиная с подросткового возраста специфических для шизофренического процесса негативных изменений психики в виде нарушений в эмоционально-волевой сфере (нарастание замкнутости, отгороженности от окружающих, эмоционального оскуднения, парадоксальности, неадекватности эмоциональных реакций, апатичности, неприязненного, до-

ходящего до жестокости, озлобленности отношения к близким, неряшливости, неопрятности); присоединением в дальнейшем к клинической картине заболевания характерных для шизофренического процесса симптомов в виде неприятных ощущений в теле, фрагментарных слуховых галлюцинаций, кататонических расстройств в виде двигательных и речевых стереотипий, которые сопровождались соответствующим данным переживаниям неправильным поведением, (возникновение эпизодов выраженного психомоторного возбуждения с аффективными расстройствами в виде злобы, гнева, раздражения, с агрессией по отношению к близким).

Список литературы

1. Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонова Н.К., Шишков С.Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. – М., 2008.
2. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М., 2007.
3. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. – М., 2002.
4. Калинина Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 66-72.