

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Академия постдипломного образования

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Костюк Г.П., Приятель В.П.,
Бурыгина Л.А., Белова М.Ю., Истомина В.В., Ливанов А.С.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ: ПОНЯТИЕ И ВАРИАНТЫ

Учебное пособие

Москва – 2023

**Федеральное медико-биологическое агентство
АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ФМБА РОССИИ»**

«ОДОБРЕНО»

Решением Ученого совета

(протокол № 2-23 от 25 мая 2023г.)

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе
Академии постдипломного образования
ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, д.м.н.

профессор  А.В. Кочубей

« 25 » мая 2023г.



**ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ: ПОНЯТИЕ И
ВАРИАНТЫ**

Учебное пособие

Москва, 2023

Рецензенты:

д.м.н., профессор Скворцова Елена Сергеевна

д.м.н., профессор Игумнов Сергей Александрович

Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Костюк Г.П., Приятель В.П., Бурыгина Л.А., Белова М.Ю., Истомина В.В., Ливанов А.С. «Шизофренический дефект: понятие и варианты». - М.: 2023. - 26 с.

В данном учебном пособии представлены варианты классификации дефекта при шизофрении, перечислены синдромы, которые могут составлять его структуру, с учетом их динамики и особенностей клинических проявлений в рамках стабилизации шизофренического процесса.

Учебное пособие предназначено для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия».

СОДЕРЖАНИЕ:

Определение и история понятия «шизофренический дефект».....	5
Интеллектуальное снижение или псевдоорганические расстройства как проявление шизофренического дефекта	7
Снижение психической активности как основное проявление шизофренического дефекта.....	9
Астения в структуре шизофренического дефекта	10
Искажение личности как «дефект-симптом»	11
Тимопатия в структуре дефекта при шизофрении.....	18
Неврозоподобный синдром в структуре дефекта при шизофрении	20
Контрольные вопросы	22
Список литературы	23

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИСТОРИЯ ПОНЯТИЯ «ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ»

В эпонимическом словаре под редакцией В.М. Блейхера шизофренический дефект определяется как необратимые изменения личности больного шизофренией, характеризующиеся диссоциацией мышления и аффектов, сопровождающиеся снижением уровня потребностей, равнодушием, неспособностью вступать в эмоциональные контакты (Блейхер В.М., 1996). Таким образом, дефект – это гетерономное понятие, охватывающее как нарушения когнитивных процессов, так и искажения в структуре личности, при относительной сохранности интеллекта (Морозова М.А., Бениашвили А.Г., 2007). В лексиконе психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (ВОЗ, 2001) приводится следующее определение понятий, характеризующих стойкое изменение, возникающее при шизофрении, «...прогрессирующее снижение когнитивных, адаптивных способностей, произвольных волевых и эмоциональных реакций, мотивации, социальных навыков, которое имеет место у больных шизофренией спустя различные периоды времени после начала болезни» (Бархатова А.Н., 2014).

Дефицитарность как ведущий феномен при шизофрении отражена в её первом названии «*dementia praecox*» – «раннее слабоумие» – введенном Б. Морелем и популяризированном Эмилем Крепелином. Тем не менее последующие этапы изучения данного заболевания позволили определить, что непосредственно слабоумием шизофренический процесс не оборачивается: полноценная психическая деятельность становится невозможной в силу других причин. В конце 19го века британским неврологом Дж. Джексоном был введен термин «негативные симптомы», которые он рассматривал как стойкое нарушение высших корковых функций (Смулевич А.Б. и соавт., 2016; Andreasen N., 1982; Berrios G., 1985). Данный термин, в несколько измененном понимании, нашел широкое применение в современной науке, так как в отличие от определения «дефект» имеет менее стигматизирующее значение.

Негативные симптомы шизофрении в настоящее время рассматриваются как динамичные проявления болезни, которые можно редуцировать психофармакотерапией. В то же время можно говорить о статичных негативных изменениях когнитивной и эмоциональной сфер, а также структуры личности в целом, формирующихся в ходе заболевания, к которым наиболее подходит определение «дефект-симптомов» (Бархатова А.Н., 2014; Мелехов Д.Е., 2009; Морозова М.А., Бениашвили А.Г., 2007).

Ойген Блейлер, который в 1911г. ввел термин «шизофрения», обозначающий «расщепление», или «расщепление антагонистических функций», выделил также тетраду негативных симптомов («минус-симптомов»), наиболее характерных для этого заболевания: изменение ассоциативного процесса, аффективное уплощение, амбивалентность и аутизм (Бархатова А.Н., 2014; Мелехов Д.Е., 2009; Andreasen N., 1982). В современной трактовке выделяют 5 категорий негативных симптомов: притупленный аффект – уплощенность эмоциональной сферы; алогия – бедность речи; ангедония – неспособность испытывать удовольствие; асоциальность – отсутствие желания завязывать и поддерживать отношения и аволиция – отсутствие мотивации и апатия (DSM-5™, 2013).

В условиях широкого использования антипсихотиков 1го поколения, способных помимо редукции позитивных симптомов усугублять «минус-симптоматику», стало актуальным подразделять негативные симптомы на первичные, связанные с самим заболеванием, и вторичные, связанные с терапией, а также с реакцией на болезнь (Морозова М.А., Бениашвили А.Г., 2007; De Leon J., 1993; Galderisi S. et al., 2013). Распространенность первичных негативных симптомов, по данным Chang и соавт. (2011), в течение года после первого приступа заболевания составляет 6,5% и возрастает на протяжении последующих 2–3 лет болезни до 23,7% (Chang W.C., 2011).

В рамках по-прежнему актуальной дофаминовой гипотезы шизофрении принято считать, что к негативным шизофреническим симптомам приводит

гипоактивность мезокортикальных дофаминовых проекций с гипостимуляцией дофаминовых рецепторов (Карлсон А., Лекрубье И., 2004).

Необходимо подчеркнуть, что существует определенная рассогласованность в понимании шизофренического дефекта и его тождественности негативным симптомам. Большинство отечественных авторов между этими терминами не ставится равенство. Согласно Д.Е. Мелехову (2009), если негативные симптомы шизофрении – это суть активного процесса, который может быть подвержен редуцированию, то дефект определяется как «объективное инобытие», как выражение постпроцессуальных изменений личности, как «род стабильной структуры» (Мелехов Д.Е., 2009). А.Б. Смулевич и Э.Б. Дубницкая в качестве резидуальных расстройств (собственно дефекта) предлагают рассматривать относительно стойкие состояния, представляющие собой единое сосуществование остаточной продуктивной психопатологической симптоматики и структуры процессуально измененной личности и претерпевающей динамики в виде шизофренических реакций, фаз и постпроцессуальных развитий (Смулевич А.Б., 2005).

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ИЛИ ПСЕВДООРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

Если О. Блейлер в своей концепции шизофренического дефекта отрицал наличие при нем деменции, описываемой старыми авторами в рамках раннего слабоумия, юношеского помешательства и гебефрении, пубертатного слабоумия, то В.Л. Внуков и О.А. Эдельштейн предлагали считать первичным снижение интеллекта, формирующуюся деменцию, рассматривая их как «суть, ядро шизофренического дефекта», отражающее деструктивное органическое влияние процесса (Внуков В.Л., 1937; Эдельштейн О.А., 1938). По мнению данных авторов, в качестве сравнительно более легких проявлений выступает быстрая истощаемость, расстройство критики, банальность и примитивность.

В более тяжелых случаях наступает полный распад интеллекта. Особенно нарушаются высшие психические функции. Резко снижается способность к осмысливанию, обобщению, наступает полная утрата интеллектуального багажа, запаса знаний, уничтожение интересов (синдром руинирования), остаются лишь низшие психические функции (Внуков В.Л., 1937; Воробьев В.Ю., 1988; Эйдельштейн О.А., 1938).

В диссертационной работе В.Ю. Воробьева выделено два психопатологических варианта псевдоорганического дефекта – завершающихся соответственно снижением уровня личности или псевдобрадифренией (Воробьев В.Ю., 1988).

На ранних этапах первого из них развивается нивелирование личностных особенностей с ущербом критических функций и нарушением самооценки (осознания своей личности, индивидуальности посредством сопоставления с другими). В завершающей стадии структура дефекта определяется уже выраженной деградацией уровня личности со снижением уровня суждений, трафаретностью, банальностью, примитивностью и конкретностью мышления. Такая динамика псевдоорганического дефекта происходит преимущественно за счет инволюции личности (Воробьев В.Ю., 1988).

При развитии второго варианта псевдоорганического дефекта начальные признаки негативных изменений выступают в рамках астенического дефекта («аутохтонная астения»), при котором наряду с псевдоневротической симптоматикой преобладает стойкое снижение активности с ощущением недостаточности умственного функционирования, собственных сил, способности к действиям. В завершающей стадии структура дефекта приобретает характер псевдобрадифрении – на первый план выступают падение побуждений, спонтанности и замедленность всех психических процессов, а также нарастающая инертность мыслительных функций. Происходит значительное сокращение объема психической деятельности,

однако, без выраженных нарушений критики и снижения уровня суждений (Воробьев В.Ю., 1988).

На современном этапе интерес к проблеме понимания природы дефекта как деструкции органического субстрата мозга вновь возрастает. Этому способствуют современные возможности диагностики, в частности нейровизуализация. Интересны данные, представленные в современных публикациях, относительно выявляемых структурных изменений головного мозга, коррелирующих с проявлениями дефекта, особенно отчетливо прослеживаемых в первые пять лет эндогенного заболевания (Бархатова А.Н., 2014; Мосолов С.Н. и соавт., 2014).

СНИЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК ОСНОВНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

С позиций Э. Крепелина важным компонентом шизофренического дефекта принято считать «аффективное опустошение», представленное возникновением психической слабости, ослаблением эмоционального резонанса, падением активности (Бархатова А.Н., 2014; Kraepelin E., 1902).

Согласно К. Конраду, первичным, или базисным расстройством, при шизофрении является снижение интенсивности желаний, интересов, побуждений, психической активности, обеднение аффективности. Данная совокупность проявлений была обозначена автором как «редукция энергетического потенциала» (Conrad K., 1958).

Другими авторами данный феномен описывался как ощущение недостатка тонуса, падение побудительной активности (аспонтанность), снижение толерантности к физическим и психическим нагрузкам – т.е. нарушения астенического круга в широком понимании (Harvey P.D., Keefe R.S.E., 1998; Huber G., Gross G., 1974).

Кроме того, в рамках снижения психической активности выделяют обеднение моторики и ангедонию (Andreasen N., 1982).

псевдоневрастения – включает сомато- или психогенно провоцируемые расстройства в физической и умственной сферах, сочетающиеся с негрубыми нарушениями мышления, утрированной гиперестезией, сенестезиями и локальными сенестопатиями, характеризуется признаками нарастающего, вне связи с неблагоприятными внешними воздействиями, и быстро генерализующегося утомления. Второй тип – аутохтонная астения – характеризуется преобладанием спонтанно возникающих астенических расстройств преимущественно в умственной сфере с выраженными когнитивными нарушениями, сочетающихся с вычурной гиперестезией, а также распространенными, выступающими преимущественно в области всего опорно-двигательного аппарата сенестопатиями. При расширении проявлений псевдоневрастении возникают симптомы невротической ипохондрии (обостренное самонаблюдение, тревожные опасения, фобии), а также шизоидные изменения с заострением психэстетической пропорции и постепенно усугубляющимися признаками астенического дефекта. При видоизменении картины аутохтонной астении возникают симптомы сверхценной ипохондрии (доминирующая идея восстановления здоровья со сложной системой оздоровительных мероприятий, включающей физические упражнения, особую диету и т.д.), психопатоподобные проявления с изменениями типа «фершробен» и редукцией энергетического потенциала (Горчакова Л.Н., 1988).

ИСКАЖЕНИЕ ЛИЧНОСТИ КАК «ДЕФЕКТ-СИМПТОМ»

В российском «Руководстве по психиатрии» под редакцией А.С. Тиганова в отношении изменения личности при шизофрении представлена следующая позиция – в качестве наиболее характерных выделены два типа дефекта: «фершробен», сопровождающийся «патологической аутистической активностью», и простой дефицит с явлениями «астенического аутизма» (Бархатова А.Н., 2014; Тиганов А.С., 1999).

Подобный дефект эмоционально-волевой сферы в своем крайнем проявлении определяется как апато-абулический синдром. При таком состоянии пациенты бездеятельны, пассивны, безынициативны, равнодушны к своему облику, состоянию здоровья, условиям жизни, малообщительны, не проявляют к чему-либо интересов, в беседе эмоционально невыразительны, монотонны, однообразны (Тиганов А.С., 1999).

АСТЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

Несмотря на подробные и многочисленные описания чистого астенического дефекта как однородного психопатологического феномена («чистый астенический дефект» (А. Esser), «соматопсихическая хрупкость» (В.А. Внуков), «шизоастения» (Н. Еу), «аутохтонная астения» (J. Glatzel), «гипестетическая астения с отчуждением телесных чувств и собственной активности» (Л.В. Соколовская), «шизофреническая астения» (J. Parnas)), астения в клинической практике представляет собой сложный феномен, который нередко имеет аффинитет к позитивной психопатологической симптоматике. Наиболее часто обнаруживается коморбидность ипохондрической симптоматике («астеническая ипохондрия» (А.Н. Молохова) «вегетативная дистония» (R. Lemke), «ипохондрическая астения» (Л.В. Соколовской)). G. Huber, выделяя понятие «чистого» дефекта, относил к нему астенический тип, включающий «базисные симптомы»: ощущение недостатка тонуса, аспонтанность, снижение толерантности к физическим и психическим нагрузкам, оскудение речи, элементарные когнитивные нарушения, притупленный аффект, сенестезии, двигательные стереотипии, и вегетативные расстройства, что, как видно, свидетельствует о присутствии в структуре дефекта различной психопатологической симптоматики (Внуков В.А., 1937; Харькова Г.С., 2018; Huber G., Gross G., 1974).

По своим психопатологическим особенностям и закономерностям видоизменения и дальнейшей трансформации клинических проявлений астенические расстройства можно разделить на два типа. Первый тип –

В работах В.Ю. Воробьева было представлено также 2 варианта изменения структуры личности в рамках шизофренического процесса – завершающиеся негативными искажениями по типу «фершробен» и по типу «дефицитарных шизоидов». На ранних стадиях первого варианта могут встречаться различные изменения шизоидной структуры – подобные сенситивным, дефензивным, экспансивным шизоидам. В дальнейшем характерно развитие по типу экспансивной шизоидии. При углублении негативных изменений они целиком исчерпываются явлениями типа «фершробен». Такая динамика дефекта происходит за счет грубого сдвига психоэстетической пропорции, формирования «бедного» аутизма с отрывом от реальности и нарастания странностей, чужачества, нелепостей. При развитии второго континуума дефекта начальные признаки негативных изменений характеризуются заострением преморбидных шизоидных особенностей, ближе всего стоящих к «образцовым» личностям. При углублении дефекта развиваются негативные изменения по типу «дефензивных». Окончательное формирование дефекта определяется проявлениями, подобными «дефицитарным» шизоидам с постепенным нарастанием пассивности, безынициативности, астенического аутизма, бездеятельности (Воробьев В.Ю., 1988).

А.К. Ануфриев выделял амбивалентно-психастенический вариант дефекта с лабильным приспособлением на прежнем уровне, ригидно-стенический – с возможностью улучшения адаптации и паранойяльно-мировоззренческий – с односторонней социальной направленностью деятельности (Ануфриев А.К., 2013). Первый вариант отличается умеренной астенизацией, склонностью к сомнениям, педантичностью, аккуратностью, тревожной мнительностью, кроме того, может наличествовать симптоматика неврозоподобного круга – фобии, obsessions, соматоформные расстройства. В структуре характерологического сдвига при ригидно-стеническом дефекте наиболее типична смена личностных доминант со смещением патохарактеро-

логических черт к стеническому полюсу и усиление анестетических черт. В результате исчезают ранее свойственные больным сенситивность, робость, неуверенность. Спектр изменений личности подобен в этих наблюдениях психопатическим проявлениям, свойственным экспансивным или дефицитарным шизоидам. На первый план выступает рассудочность, деловитость, расчетливость, эмоциональная холодность, отмечается повышение работоспособности. При паранойяльно-мировоззренческом типе дефекта у пациентов формируются сверхценные взгляды и представления экзистенциального характера как касательно своего образа жизни, так и мироустройства в целом. Они полностью сосредоточены на воплощении своих конструкций в реальность, в быту склонны к чудачествам, нелепым самоограничениям, третированию близких. Могут отмечаться сутяжные тенденции. Идеи реформаторства часто толкают их на безрассудные поступки. При этом для части таких пациентов характерны гиперстеничность и повышение работоспособности (Ануфриев А.К., 2013; Нефедьев О.П., 1983).

В работах А.Б. Смулевича и соавт. подробно рассматривается шизофренический дефект типа «фершробен» (от нем. *Verschrobene* – «чудак»). Авторы подчеркивают, что актуальность этой проблемы связана с достаточно высокой распространенностью расстройств типа «фершробен», причем не столько в контингенте специализированных психиатрических учреждений (0,6-0,8%), сколько в общемедицинской сети (1,4-10%). Формирование данного типа дефекта возможно как на начальных этапах, так и в период завершения шизофренического процесса. Авторами выделено 2 варианта дефекта типа «фершробен» (Смулевич А.Б., 2017).

Изменения типа фершробен, отнесенные к 1-му варианту, ограничены кругом психопатоподобных, аутистических и эмоциональных расстройств, проявляющихся странностями внешнего облика, речи и поведения. Наряду с этим характерен разлад межличностных, особенно внутрисемейных, связей и деловых отношений. Отдельные негативные изменения, будучи малозаметны

в обыденной жизни, лишь в стрессовых условиях принимают форму отчетливых чудачеств и странностей. В облике больных, несмотря на ухоженность и опрятность, выделяется манерность в выборе деталей гардероба. Обращают внимания странности речи, в частности, вычурные книжные выражения и причудливые наукообразные обороты. Отмечаются дистонность отношений с окружающими, неспособность достичь в общении психологического комфорта, излишняя прямолинейность, трудности в понимании переносного смысла и юмора. Отношения с противоположным полом также часто причудливы, например, могут иметь место странные и непродолжительные увлечения (нестабильность эмоций, частая смена партнеров), мезальянсы. Профессиональный маршрут больных неоднозначен и характеризуется полярными тенденциями. С одной стороны – «пассивные чудачки» с признаками монотонной активности, которые, сохраняя стабильный профессиональный статус и постоянство в выборе места работы, обнаруживают неспособность к карьерному росту, что связано со странностями поведения, аутистическими установками, ригидностью и склонностью к однонаправленной рабочей активности. С другой стороны, к этому варианту дефекта А.Б. Смулевич и соавт. (2017) относят «активных чудачков» с чертами первичной аутистической активности, которые обнаруживают профессиональную нестабильность с частой сменой места работы и рода занятий. Они не удерживаются на занимаемых должностях, внезапно перестают работать из-за малозначащих причин, могут по абсурдным мотивам сменить профессию. Неровный трудовой маршрут обусловлен в этих случаях неспособностью уложиться в установленный регламент, учитывать нюансы сложившейся служебной системы, строить долгосрочные планы и адекватно оценивать свои возможности и перспективы (Смулевич А.Б., 2017; Смулевич А.Б. и соавт., 2017).

Ко 2-му варианту дефекта типа «фершробен», согласно А.Б. Смулевичу и соавт. (2017), относятся личностные сдвиги по типу «второй жизни».

Негативные изменения в данных наблюдениях, формирующиеся на поздних этапах течения шизофрении и носят характер вторичных по отношению к редукации энергетического потенциала и когнитивным нарушениям. Манифестация расстройств приходится на период стабилизации процесса и сопровождается полной сменой интересов и системы ценностей. Общепринятая активность, ранее наполненная личностным смыслом, подменяется сверхценными увлечениями. Основным содержанием жизни становятся странные, вычурные хобби и увлечения, превращающиеся в одностороннюю аутистическую активность, часто на первый план выступают идеи реформаторства или собирательство. Дистонность интерперсональных отношений и дисгармония семейной жизни выражены в гораздо большей степени, чем при 1-м варианте дефекта типа «фершробен». В результате почти все сферы жизни – деловая активность, личная жизнь, интерперсональные отношения – видоизменяются за счет преобладания странностей, чудачеств, нелепых поступков и эксцентричности поведения. Внешний облик часто претенциозен, неряшлив и причудлив. Детали повседневного туалета определяются сверхценными увлечениями (например, одежда для исторических реконструкций, оккультистские атрибуты). Нарочитая экстравагантность внешнего вида нелепо контрастирует с особенностями фигуры, возраста и ситуации. Иногда наблюдаются выраженные нарушения речи, проявляющиеся затрудняющей её понимание вычурностью и обилием неологизмов. Характерна дисгармония эмоциональных связей, выраженная больше, чем при 1-м варианте: в личной жизни данные пациенты обычно являются «одинокими чудаками», при этом может обнаруживаться склонность к любовной аддикции. На завершающем этапе стабилизации дефекта негативные изменения приобретают истеро-шизоидный характер. Тогда в контактах с окружающими проявляются оттенки регрессивной синтонности, обнаруживается достигающая степени бравады аггравация странностей и чудачеств, экстравагантность и вычурность облика, речи и поведения становятся нарочитыми (Смулевич А.Б., 2017; Смулевич А.Б. и соавт., 2017).

Стойкие псевдопсихопатические состояния могут проявляться «мозаичными» характерологическими расстройствами, в том числе соединяющими дискордантные личностные особенности, например, истерические и психастенические в их ярко-выраженных проявлениях. В клинической картине состояний можно отметить калейдоскопическое сочетание черт, свойственных многим ее формам. Возможно вкрапление элементов неустойчивости со склонностью к вспышкам гнева, ярости, грубости, проявлениям агрессии. При этом могут наблюдаться также неуверенность в своих силах, нерешительность, повышенная склонность к проверке своих действий, излишняя осмотрительность, тенденция к формированию сверхценных образований. В дополнение к этому проявляется театральность поведения, страстное желание быть признанным, стремление быть в центре внимания, казаться значительнее, чем есть на самом деле. Возможно присутствие элементов пассивной уступчивости своим желаниям, повышенная подчиняемость окружающим или неадекватность реакций на трудности повседневной жизни. В структуре характерологических проявлений может наличествовать склонность к чрезмерному самомнению, повышенной ревности, тенденция к оценке нейтральных действий окружающих как недружелюбных, унижающих, что приводит иногда к сутяжным проявлениям. Также отмечаются внешняя отчужденность, уход от действительности, периодическая фиксация на внутренних переживаниях, определенная эксцентричность поведения и эмоциональная холодность (Горинов В.В. и соавт., 2008).

Формирование псевдопсихопатии может подразумевать и нивелировку конституциональных истерических черт, наряду с чем происходит заострение таких особенностей, как крайняя требовательность вплоть до деспотизма с искажением моральных представлений, признаки расторможенности влечений и аффективного дисбаланса, что сближает нажитые патохарактерологические расстройства с акцентуациями по типу

неустойчивых, относимых в отечественной версии МКБ-10 к импульсивному типу (F60.30) эмоционально неустойчивого расстройства личности. Встречаются варианты псевдопсихопатических состояний, определяемых признаками стойкой гипертимии, при которых неизменно повышенное настроение, стремление действовать, гиперактивность свидетельствуют о компенсации нарушений в сфере энергетических ресурсов личности. Тем не менее деятельность пациентов отличается ущербностью: их неутомимость при выполнении жестко регламентированной работы обнаруживает сходство с «монотонной активностью», отражающее связь с негативными изменениями. Наиболее отчетливо такая связь проявляется общим обеднением духовной жизни (ограниченность запросов, упрощение вкусов, способности воспринимать и анализировать произведения искусства) и сферы эмоций (рационализм с отсутствием эмпатии и глубоких привязанностей) (Иконников Д.В., 2005).

Для стойких псевдопсихопатических состояний характерны шизофренические реакции с диссоциацией между минимальной силой стрессорного воздействия (мелкий служебный конфликт, семейные неурядицы, проблемы со сдачей экзаменов или оформлением документов) и выраженностью ответа на него. Формирующиеся при этом реактивные образования характеризуются относительной простотой, стереотипностью и малым диапазоном психопатологических проявлений, ограниченных преимущественно расстройствами аффективного и невротического уровней. Такие реакции, проявляющиеся отказом от деятельности или её избеганием, могут быть квалифицированы как истерические, ипохондрические, астенические и тревожные, в основе которых лежат сомнения в способности справиться с привычной деятельностью, сопряженные с реальной несостоятельностью. Состояния сопровождаются актуализацией сутяжных тенденций, диффузных идей отношения, направленных на «обидчиков», «виновников неприятностей» и могут в одних случаях персистировать

месяцами, а в других носить транзиторный характер – подвергаются редукции в течение нескольких дней даже без медикаментозного вмешательства (Ильина Н.А., 2000).

ТИМОПАТИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Тимопатические ремиссии, часто формирующиеся после стертых или развернутых шизофренических приступов в молодом возрасте, являются одним из наиболее распространенных типов ремиссионных и резидуальных состояний, среди которых выделяют депрессии циркулярного типа, дистимию и «нажитую» псевдоциклотимию, или атипичную циклотимию на «гетерономной» почве (Абрамова И.В., 1988; Маматхонов М.М.У., 2022; Наджаров Р.А., 2003). По данным И.В. Абрамовой (1988), популяционная частота ремиссий с преобладанием аффективных расстройств составляет примерно 1/4 всех ремиссий приступообразной шизофрении, протекающей с развернутыми психотическими приступами (Абрамова И.В., 1988).

Тимопатические расстройства описываются преимущественно при относительно благоприятных вариантах течения заболевания – в том числе, в структуре резидуального состояния при одноприступной юношеской шизофрении. Этот тип дефекта характеризуется небольшой глубиной негативных изменений, что позволяет пациентам не снижать достигнутый ранее уровень социальной адаптации. Вместе с тем, аффективные нарушения оказываются наиболее существенным фактором, приводящим к нарушению трудоспособности (Абрамова И.В., 1988; Маматхонов М.М.У., 2022).

Для ремиссий и резидуальных состояний, клинический тип которых проявлялся в виде «нажитой» циклотимии, дистимии, циркулярной депрессии персистирование дефицитарных расстройств происходит за фасадом аффективной патологии гипотимического полюса (Маматхонов М.М.У., 2022).

Аффективные расстройства в ремиссиях и резидуальных состояниях при шизофрении характеризуются основными особенностями, присущими аффективной патологии при шизофреническом процессе. Депрессии характеризуются невыраженностью аффекта тоски, отсутствием склонности к депрессивному бредообразованию, большим удельным весом в их структуре апато-динамических расстройств, диспропорциональностью депрессивной триады с преобладанием идеаторных нарушений, а также выраженным полиморфизмом, обусловленным наличием неврозоподобной, в том числе сенесто-ипохондрической, симптоматики. К особенностям гипоманиакальных состояний относятся особый аффект «экзальтации», диссоциированность триады с преобладанием идеаторных нарушений в виде повышенной отвлекаемости, наплыва мыслей, а также атипия с усилением стереотипной деятельности, сутяжно-кверулянтскими тенденциями, падением продуктивности. Типичными для нажитых тимопатий являются также склонность к сдвоенному и континуальному течению фаз, отсутствие периодичности в их возникновении, появление смешанных аффективных состояний. Преобладание субдепрессий с неврозоподобной симптоматикой и гипоманий с психопатоподобным поведением, возникающих без строгой периодичности и сезонности, является характерным для дефекта при низкопрогредиентным течением процесса. Психогенно спровоцированные апато-динамические депрессии наиболее часто наблюдаются при более выраженной динамикой болезни, которую, однако, также можно считать малопрогрессирующей. Регулярные, сезонно возникающие астенодепрессивные и гипоманиакальные фазы циклотимного уровня, как правило, наблюдаются в рамках стационарного резидуального состояния. Лишенное определенной последовательности чередование неоднородных по степени тяжести биполярных аффективных состояний циркулярного типа является предпочтительным для резидуального состояния после активного периода болезни с сохраняющейся склонностью к шизофреническому

приступообразованию (Абрамова И.В., 1988; Александровский Ю.А., 2000; Маматхонов М.М.У., 2022).

НЕВРОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Псевдоневротические расстройства в рамках резидуальных состояний при шизофрении встречаются достаточно часто и степень их выраженности, как правило, не определяется сопутствующими аффективными расстройствами. Наиболее распространены неврозоподобные состояния с преобладанием обсессивно-фобического синдрома, небредовой ипохондрии и сенесто-ипохондрии, дисморфофобического синдрома и конверсионной симптоматики, а также с явлениями деперсонализации (Александровский Ю.А., 2000; Маматхонов М.М.У., 2022; Финк Г.Ф., 2001).

Обсессивно-фобический синдром в структуре шизофренического дефекта отличается от «истинно» невротического синдрома навязчивостей рядом характерных особенностей. К ним относятся аутохтонность персистирования; быстрая утрата или полное отсутствие «борьбы мотивов» с формированием амбивалентного отношения к обсессивной симптоматике; тенденция к систематизации и стереотипизации навязчивостей; раннее появление ритуалов, которые быстро приобретают психологически невыводимый, метафизичный характер; снижение критичности к болезни; сопутствующая гипотимия с голотимным аффектом; сопутствующие психопатоподобные расстройства ананкастного и тревожного типов, акцентированность гиперестетического радикала шизоастении. Среди фобий наиболее распространены нозофобии и фобии экстракорпоральной угрозы (Александровский Ю.А., 2000; Павличенко А.В., 2007; Финк Г.Ф., 2001).

Вариант с небредовой ипохондрией отличается доминированием сенесто-ипохондрии преимущественно в виде сенестопатий, спонтанными паническими атаками с преобладанием сомато-вегетативных расстройств по

типу дизестетических кризов, появлением признаков дефензивной шизоидии, сверхценными ипохондрическими идеями нелепого содержания, сопутствующим выраженным астеническим дефектом, наличием суицидальных мыслей без тенденции к их реализации в периоды экзацербации псевдосоматической патологии (Ананьева Н.И. и соавт, 2010; Финк Г.Ф., 2001).

Конверсионная симптоматика в контексте псевдоневротического синдрома представлена грубыми, утрированными, стереотипными истероформными проявлениями, возникающими, как правило, без психогенных провокаций, аутохтонно, лишенными адаптационного компонента, учитывающего ситуацию, и не приводящими к получению вторичной выгоды (Попов С.М., 2022; Финк Г.Ф., 2001).

Явления деперсонализации отличаются стойкостью и однообразием, аутопсихической тональностью, не связаны со стрессовыми обстоятельствами, сопровождаются *anaesthesia psychica dolorosa*, явлениями негативной аффективности в виде ангедонии с признаками отчуждения витальности, а также стереотипными гетерономными патологическими телесными сенсациями (телесными фантазиями, сенестопатиями) (Александровский Ю.А., 2000; Финк Г.Ф., 2001).

Дисморфофобия – расстройство, при котором пациент очень критично относится к своему телу, видит в нем недостатки, которые считает катастрофическими, при отсутствии объективных причин для таких оценок – при шизофреническом резидуальном состоянии отличается стереотипностью жалоб, их малой связанностью с выраженностью гипотимии, идеями отношения, а также причудливыми, вычурными способами маскировки «дефекта». Дисморфический синдром в данных случаях нередко сопровождается анорексией, которая характеризуется сверхценностью установок и является труднокурабельной (Бобров А.С., Павлова О.Н., 2011).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. В чем различие понятия «дефект» и «негативные симптомы» при шизофрении?
2. Дайте характеристику понятию «аутохтонная астения»?
3. Что включают в себя псевдоорганические расстройства в структуре шизофренического дефекта?
4. Какие варианты тимопатических расстройств в структуре дефекта при шизофрении Вы знаете?
5. Чем отличаются гипотимии при шизофреническом дефекте?
6. Чем характеризуются гипомании при шизофреническом дефекте?
7. Что такое псевдоневрастения?
8. Какие варианты феномена «фершробен» описаны?
9. Чем характеризуется шизофренический дефект типа «фершробен»?
10. Каковы характерные особенности обсессивного синдрома в структуре шизофренического дефекта?
11. Каковы характерные особенности деперсонализационного синдрома в структуре шизофренического дефекта?
12. Чем отличается конверсионная симптоматика в структуре шизофренического дефекта?
13. Что такое «мозаичная псевдопсихопатия»?
14. Как проявляется снижение психической активности в рамках дефектного состояния при шизофрении?
15. Что такое шизофреническая реакция отказа в рамках дефектного состояния при шизофрении?
16. Какие варианты патологических телесных ощущений наиболее распространены при синдроме небредовой ипохондрии в структуре шизофренического дефекта?
17. Дайте описание понятию «нажитая циклотимия»?

18. Чем отличается ригидно-стенический вариант дефекта, согласно описанию А.К. Ануфриева?
19. Что представляет собой личностный сдвиг по типу «новой жизни»?
20. Чем характеризуется внешний вид пациентов с дефектом типа «фершробен»?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова, И.В. Аффективные расстройства в ремиссиях приступообразной шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 18 с.
2. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
3. Ануфриев, А.К. Избранные труды по психиатрии /А.К. Ануфриев. – М.: Логос, 2013. – 352 с.
4. Бархатова, А.Н. Проблемы определения понятия «дефект-симптомы» при шизофрении / А. Н. Бархатова //Редколлегия журнала «Психиатрия». – 2014. – С. 72-83.
5. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер. – М.: Феникс, 1996. – 448 с.
6. Бобров, А.С. Фобические расстройства в клинике шизофрении с приступообразным типом течения / А.С. Бобров, О.Н. Павлова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 105. – №. 6. – С. 99-102.
7. Внуков, В.А. О дефекте при шизофреническом процессе и об отдельных видах его / В.А. Внуков // Труды 2-го Всесоюз. съезда невропатол. и психиатр. – М., 1937. – Вып. 2. – С. 466-470.
8. Воробьев, В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 41 с.

9. Горинов, В.В. Смешанное расстройство личности (научный обзор) / В.В. Горинов, С.В. Данилова, О.С. Басилашвили // Российский психиатрический журнал. – 2008. – №3. – С. 17-23.
10. Горчакова, Л.Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств / Л.Н. Горчакова // Ж. Невропат. Психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – № 5. – С. 76-82.
11. Иконников, Д.В. Реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией (по материалам катамнестического исследования). Сообщение II / Д.В. Иконников // Психиатрия. – 2005. – №. 1. – С. 17-25.
12. Ильина, Н.А. Терапия шизофренических (шизоидных) реакций / Н.А. Ильина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. – №. 4. – С. 109-111.
13. Карлсон, А. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении: руководство для врачей / А. Карлсон, И. Лекрубье / под ред. С.Н. Мосолова. – Лондон: Francis & Taylor, 2004. – 168 с.
14. Магнитно-резонансная томография головного мозга в дифференциальной диагностике невротических и неврозоподобных расстройств / Н.И. Ананьева // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №. 5. – С. 41-45.
15. Маматхонов, М.М.У. Прогностическое значение ремиссии на ранних стадиях эндогенных заболеваний в примере шизофрении / М.М.У Маматхонов // Медицинская наука Узбекистана. – 2022. – №. 2. – С. 11-14.
16. Мелехов, Д.Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении / Д.Е. Мелехов // Психиатрия. – 2009. – №. 1. – С. 94-104.
17. Морозова, М.А. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении / М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили // Психиатрия. – 2007. – №. 4. – С. 7-25.
18. Наджаров, Р.А. Приступообразная шизофрения и проблема периодических психозов / Р.А. Наджаров // Психиатрия. – 2003. – №. 1. – С. 73-74.

19. Нефедьев, О.П. Длительные стойкие ремиссии стенического круга при малопрогрессирующей шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 18 с.
20. Павличенко, А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении / А.В. Павличенко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – №. 2. – С. 33-37.
21. Попов, С.М. Психопатологические особенности истерических расстройств в рамках эндогенных психических расстройств аффективного спектра и шизофрении / С.М. Попов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – №. 1. – С. 34-40.
22. Руководство по психиатрии: В 2-х т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
23. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич. – М.: Изд-во «Чеховский печатный двор», 2017. – 304 с.
24. Смулевич, А.Б. Неманифестные формы шизофрении – психопатология и терапия / А.Б. Смулевич // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105. – № 5. – С. 4–10.
25. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра / А.Б. Смулевич и соавт. // Психиатрия. – 2016. – №. 4. – С. 5-19.
26. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация) / А. Б. Смулевич и соавт. //ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ. – 2017. – Т. 1. – С 5-16.
27. Финк, Г.Ф. Вялотекущая невротоподобная шизофрения (клинико-системно-аналитическое исследование): Автореф. дисс. ... докт.мед.наук. – Смоленск, 2001. – 43 с.

28. Харьковская, Г.С. Астения в структуре шизофрении и расстройств шизофренического спектра с явлениями ипохондрии / Г.С. Харьковская // Депрессия-вызов XXI века. – 2018. – С. 50-54.
29. Эдельштейн, А.О. Исходные состояния шизофрении. – М., 1938. – 115 с.
30. Andreasen, N. Negative Symptoms in Schizophrenia / N. Andreasen // Archives of General Psychiatry. – 1982. – 39(7). – P. 784.
31. Berrios, G. Positive and Negative Symptoms and Jackson / G. Berrios // Archives of General Psychiatry. – 1985. – 42(1). – P. 95.
32. Chang, W.C. Persistent negative symptoms in first-episode schizophrenia: a prospective three-year follow-up study / W.S. Chang // Schizophr. Res. – 2011. – 133(1–3). – P. 22-28.
33. Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie. – Stuttgart, 1958. – 165 p.
34. De Leon, J. Negative symptoms and emotional blunting in schizophrenic patients / J. de Leon, V. Peralta, M.J. Cuesta // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54. № 6. – P. 238.
35. Design and validation of standardized clinical and functional remission criteria in schizophrenia / С.Н. Мосолов и соавт. // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2014. – № 10 – P. 167-181.
36. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™), 2013.
37. Harvey, P.D. Cognition and new antipsychotics / P.D. Harvey, R.S.E. Keefe // J. Adv. Schizophr. – Brain Res., 1998. – Vol. 1. – P. 2-8.
38. Huber, G. Schizophrenie und Pseudo-Schizophrenie / G. Huber, G. Gross // Das arliche Gespräch. – Tropon, Koln, 1974.
39. Kraepelin, E. Psychiatrie. – Leipzig, 1902. – 226 p.
40. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European first episode schizophrenia trial / S. Galderisi et al. // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2013. – 23(3). – P. 196-204.