

© Лобанова В.М., 2025
© Маршанская М.А., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.895.8, 159.974.2

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-78-86>

Моральная ипохондрия в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра

Вероника Маратовна Лобанова, Мария Александровна Маршанская
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Вероника Маратовна Лобанова, lobanovanika@gmail.com

Резюме

Обоснование: большинство работ, рассматривающих проблему моральной ипохондрии (МИ) при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (РШС), посвящено изучению моральной ипохондрии в аспектах: 1) экзacerbаций; 2) ремиссий/резидуальных состояний; 3) продолжающегося «вялого» течения эндогенного процесса. Несмотря на достигнутые результаты, остается недостаточно изученной психопатологическая структура моральной ипохондрии, формирующаяся при затяжных ипохондрических постприступных состояниях. **Цель:** изучить психопатологию моральной ипохондрии, формирующейся в постприступном периоде шизофрении и РШС. **Пациенты и методы:** в исследовании приняли участие пациенты (21 чел.), наблюдавшиеся в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ. **Методы исследования** — клинический, психометрический, статистический. **Результаты:** условия формирования моральной ипохондрии, реализующейся в постприступном периоде шизофрении и РШС, включают: 1) преморбидный склад личности (РЛ кластера В с включением дименсий типа as-if personality («личность „как бы“»); 2) двухэтапный стереотип развития заболевания (первый этап — острый психогенный дебют с последующей тревожно-анестетической депрессией; второй этап — пролонгированные ипохондрические состояния с явлениями МИ). Сформулировано обоснование допустимости интерпретации МИ как одного из проявлений постпроцессуального развития. Описаны психопатологические характеристики феномена трансформации позитивных психопатологических расстройств в патохарактерологические образования. **Выводы:** представлен механизм формирования персонифицированных сверхценных образований круга моральной ипохондрии, берущих начало в структуре психопатологических расстройств деперсонализационного спектра.

Ключевые слова: моральная ипохондрия, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, деперсонализация

Для цитирования: Лобанова В.М., Маршанская М.А. Моральная ипохондрия в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Психиатрия*. 2025;23(2):78–86. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-78-86>

RESEARCH

UDC 616.895.8, 159.974.2

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-78-86>

Moral Hypochondria in the Clinical Space of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders

Veronika M. Lobanova, Maria A. Marshanskaya
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

Corresponding author: Veronika M. Lobanova, lobanovanika@gmail.com

Summary

Background: the most studies of the problem of moral hypochondria (MI) in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (SSD) is devoted to the study of MI in the aspects of: 1) exacerbations; 2) remissions/residual states; 3) the continuing “sluggish” course of the endogenous process. Despite the results, that have been achieved, the psychopathological structure of moral hypochondria, which forms during prolonged hypochondriacal post-psychotic states, remains insufficiently studied. **The aim** was to study the psychopathology of moral hypochondria, developing in the post-psychotic period of schizophrenia and SSD. **Patients and Methods:** the study sample consisted of 21 patients of the department for the study of borderline mental pathology and psychosomatic disorders of the FSBSI «Mental Health Research Centre». Clinical, psychometric, statistical methods are used. **Results:** the aspects of formation of moral hypochondria, that realizes in the post-attack period of schizophrenia and SSD, are presented: 1) premorbid personality type (cluster B personality disorder with the inclusion of dimensions of the “as-if personality”); 2) two-stage course of the disease. The first stage is an acute psychogenic debut followed by an anesthetic depression; the second stage is a prolonged hypochondriacal state with symptoms of MI. The rationale for the admissibility of

interpreting MH as one of the manifestations of post-processual personality development is formulated. The psychopathological characteristics of the phenomenon of transformation of positive psychopathological disorders into pathocharacterological formations are described. **Conclusions:** this study presents the formation mechanism of the personalized overvalued phenomena of moral hypochondria, originating in the structure of psychopathological disorders of the depersonalization spectrum.

Keywords: moral hypochondria, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, depersonalization

For citation: Lobanova V.M., Marshanskaya M.A. Moral Hypochondria in the Clinical Space of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(2):78–86. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-78-86>

ВВЕДЕНИЕ

Понятие моральной ипохондрии разработано J. Falret (1866) для квалификации затяжных меланхолий с доминированием в клинической картине патологической фиксации на ущербности психической сферы [1]. Ведущая роль в структуре синдрома, насколько можно судить по описаниям автора, отводится деперсонализационно-анестетическим расстройствам: «больные полагают, что страдают от неизлечимой болезни, сожалеют об утрате интеллекта, угасших чувствах, потерянной энергии, ощущая себя бездушными и безразличными ко всему, сохраняют чувствительность исключительно в отношении собственного недуга».

В публикациях XX–XXI вв. формы, сходные с конструктом моральной ипохондрии J. Falret, выделяются в исследованиях W. Jahrgreis («ипохондрия утраты собственных функций»), G.A. Ladee («деперсонализационно-ипохондрический синдром»), K.B. Voone («нейрокогнитивная ипохондрия») [2–5].

По данным актуальных исследований, моральная ипохондрия — это транснозологическое образование, реализующееся в клиническом пространстве целого спектра психических расстройств: аффективных [6]; деперсонализационных [7–10]; эндогенно-процессуальных [11].

Наибольшее число работ, рассматривающих проблему моральной ипохондрии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, посвящено изучению МИ в аспектах экзacerbаций [12, 13], а также ремиссий/резидуальных состояний [14–16] и продолжающегося «вялого», по типу ипохондрического развития, течения эндогенного процесса [17, 18].

В представлении П.А. Баранова формирование явлений МИ в картине анестетической депрессии означает синдромальную трансформацию, включая редукцию и постепенное замещение аффективных и деперсонализационных симптомокомплексов психопатоподобными феноменами [12]. На первый план выступает патологическая убежденность в собственной психической ущербности («недостаточность осознания собственного Я»), сочетающаяся с комплексом поведенческих расстройств (не соответствующие клинической реальности жалобы, проявления патологического эгоизма, манипулятивность, склонность к псевдологии).

Е.С. Крылова выделяет вариант юношеских депрессий, протекающих по типу «духовной ипохондрии» [13]. Ведущее место в структуре синдрома

отводится сверхценным идеям неполноты духовного развития и неудовлетворенности морально-личностными характеристиками, в основе которых явления парциальной аутопсихической деперсонализации.

В исследовании Д.В. Романова [18] показано, что формирование моральной ипохондрии происходит в рамках вялотекущей ипохондрической шизофрении с негативными изменениями психопатоподобного круга, включающими явления дефектной деперсонализации K. Naug [19], когнитивное снижение и редукцию энергетического потенциала.

Наименее изучена структура моральной ипохондрии, формирующаяся при затяжных ипохондрических постприступных состояниях и соответственно получающая различные психопатологические и патохарактерологические трактовки. Картину МИ в этих случаях определяют, как полагает В.Ю. Воробьев, феномены дефектной деперсонализации, отражающие (здесь автор переходит к психологической интерпретации рассматриваемого феномена) реакцию личности на проявления сформировавшегося психического (в первую очередь — эмоционального) дефицита [14].

Ту же картину моральной ипохондрии, но выступающую в психопатологическом пространстве ремиссий при шизофрении, О.П. Нефедьев, а много позднее Тихонов Д.В., определяют двояким образом: с одной стороны, как сверхценный комплекс, денотат которого отражает переживания привнесенного болезнью ущерба психическим функциям, с достигающим уровня одержимости стремлением восстановить прежние ментальные способности, с другой стороны, моральная ипохондрия в трактовке авторов — это психопатологическое образование, включающее редуцированные деперсонализационные симптомокомплексы, амальгамированные с негативными расстройствами [15, 16]. При этом процессуально обусловленная дефицитарность реализуется нарастанием уровня нажитых патохарактерологических расстройств.

В зарубежных публикациях также отсутствует единство воззрений на происхождение обсуждаемого феномена. Одни исследователи рассматривают пролонгированные ипохондрические состояния с явлениями МИ в границах обусловленной органическим поражением ЦНС (вследствие неврологических расстройств/злоупотребления ПАВ) хронической деперсонализации. В некоторых работах, выполненных в психоаналитической традиции, моральная ипохондрия в структуре постприступных состояний и вовсе рассматривается в качестве психологического защитного механизма,

способствующего контролю эмоций и предотвращению последующих эксацербаций [20].

Цель исследования — изучение психопатологии моральной ипохондрии, формирующейся в постприступном периоде шизофрении и РШС.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Выборку составил 21 пациент (19 мужчин и 2 женщины) из числа проходивших стационарное лечение в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ.

Критерии включения:

- 1. Верифицированный диагноз шизофрении (F20 по МКБ-10) или расстройств шизофренического спектра (шизотипическое расстройство, F21 по МКБ-10).
- 2. Наличие признаков моральной ипохондрии, используемых в типологии ипохондрических состояний (J. Falret, 1866; G. Ladee, 1966; А.Б. Смулевич, 2022, 2023), таких как персистирующая тревога о собственном психическом здоровье, фиксация на минимальных проявлениях дефицита эмоциональной сферы и др.
- 3. Возраст больных от 18 до 65 лет.
- 4. Информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии не включения:

- 1. Тяжелая соматическая или неврологическая патология, препятствующая достоверной дифференциальной диагностике.
- 2. Деменция, признаки умственной отсталости или другого органического психического расстройства (F00-F09 по МКБ-10).
- 3. Злоупотребление ПАВ (F10-F19).

Этические аспекты

Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г. по вопросам медицинской этики, пересмотренной в 1975–2020 гг. Участники исследования подписали информированное согласие на участие в исследовании. Работа получила одобрение Локального Этического комитета ФГБНУ НЦПЗ.

Ethical aspects

This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2020. The patients signed the informed consent. This study was approved by the Local Ethical Committee of FSBSI «MHRC».

Основными методами исследования избраны клинический, клинико-катамнестический (длительность наблюдения — 9,8 ± 5,6 лет).

Для верификации клинических данных проводилась **психометрическая оценка** с применением следующих клинических шкал: Шкала оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS), Кембриджская деперсонализационная шкала (Cambridge Depersonalisation Scale, CDS), Глобальная оценка функционирования (Global Assessment of Functioning Scale, GAF). Для итоговой оценки показателей использовался **статистический метод** (хи-квадрат

Таблица 1. Социально-демографические показатели выборки

Table 1 Socio-demographic indicators of the sample

Средний возраст (лет)/Average age (years)	34(± 13,7)
Манифест (лет)/Onset (years)	23(± 8,5)
Среднее количество госпитализаций/Average number of hospitalizations	3,2 ± 1,2
Образование/Education	
высшее/higher	18 чел. (86%)
среднее специальное/secondary special	3 чел. (14%)
Трудовой статус/Employment status	
Работают/Have a job	16 чел. (76%)
из них/of them:	
– по профессии/related to degree	10 чел. (48%)
– с незначительным снижением нагрузки (свободный график, проектная работа, фриланс)/with a slight reduction in workload (free schedule, project work, freelance)	6 чел. (28.6%)
Не работают/Don't have a job	5 чел. (28%)
из них/of them:	
получают образование/getting an education	3 чел. (14%)
Семейный статус/Relationship status	
состоят в браке или незарегистрированном браке/married or unregistered	16 чел. (76%)
холосты/single	5 чел. (24%)

(χ^2) Пирсона-Фишера с поправкой Йейтса, корреляционный анализ.

Данные, представленные в табл. 1, свидетельствуют о благоприятном течении заболевания, отсутствие признаков нарастающей процессуальной дефицитарности находит отражение в достаточном уровне образовательного стандарта и социально-трудовой адаптации пациентов.

Пациенты, представленные в настоящей казуистике, сохраняют профессиональную трудоспособность (76%, при этом 48% без снижения трудового стандарта); а из 28% неработающих 14% — это студенты, получающие высшее образование, 14% — женщины, состоящие на обеспечении супругов, полностью взявшие на себя обязательства по уходу за домом и воспитанию детей; 17% обследованных трудоустроены на должности с меньшей нагрузкой и уровнем ответственности. Сохранность обнаруживают также показатели семейной адаптации (76% состоят в браке или в незарегистрированных длительных отношениях).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выборка клинического материала, представленного собственными наблюдениями, охватывает случаи моральной ипохондрии, формирующейся в постприступном периоде шизофрении и РШС, протекающей с преобладанием деперсонализационно-анестетических расстройств — на первый план в ряду психопатологических феноменов выступают идеи эмоциональной измененности и ущербности аффективной сферы.

Доминирует анализ актуального состояния психических функций, проводимый в сопоставлении с прежними — доболезненными, возводимыми в ранг полного совершенства — эмоциональными характеристиками. Основные жалобы пациентов сводятся к признанию дефицита эмоций с переживанием тягостных, катастрофических изменений. В описаниях пациентов ранее яркие и упорядоченные чувства «стали смешанными и непонятными»; «утратили живость и непосредственность»; «радость, печаль, страх ощущаются по-другому, носят иной оттенок».

Комплекс психической ущербности затрагивает также интеллектуальную сферу: «голова работает плохо»; «в мышлении полный хаос»; «утратилась прежняя ясность ума».

Рассмотрению условий формирования моральной ипохондрии следует предпослать данные о преморбидном личностном складе пациентов. Конституциональные патохарактерологические дименсии соответствуют Расстройству личности (РЛ) кластера В: пограничное РЛ (9 наблюдений); истерическое РЛ (9 наблюдений), нарциссическое РЛ (3 наблюдения). В качестве ключевых конституциональных свойств, общих для рассматриваемых больных, выступают: неустойчивость сферы самосознания; обостренное внимание к процессам психической и соматической сферы; а также повышенная тревожность по отношению к событиям, затрагивающим значимость и благополучие собственной персоны.

Необходимо также подчеркнуть узость эмоционального диапазона и склонность к формированию диссоциативных реакций (*déjà vu*, амнестические расстройства и др.). Квалификация этих патохарактерологических расстройств в значительной мере совпадает с данными, представленными в рамках концепции *as-if personality*¹ («личность „как бы“») [21]. На первый план выступает поверхностность эмоциональных переживаний и патологические свойства сферы самовосприятия (присуждение себе несуществующих характеристик; «смена ролей», поведенческих паттернов и реакций не только на уровне подражания, но и на уровне самосознания; склонность к формированию идеализированных представлений о собственной личности; феномен «принятия желаемого за действительное»).

Начало болезненного процесса у обследованных приходится на первый период зрелости ($23,18 \pm 2,3$ лет). Стереотип развития заболевания носит двухэтапный характер: 1-й этап (средняя длительность $1,8 \pm 0,6$ мес.) включает формирование состояний ипохондрии вслед за острым психогенно спровоцированным дебютом. Типология дебюта различна: экзистенциальный криз — в 4 наблюдениях; постаддиктивная

ипохондрия — в 5 случаях; паническая атака² — у 8 пациентов. Ипохондрические расстройства на первом этапе соответствовали затяжной тревожно-анестетической депрессии. На 2-м этапе (средняя длительность $9,8 \pm 5,6$ лет) формировались пролонгированные ипохондрические состояния (собственно моральная ипохондрия), квалификация динамики которых (прогредиентное, процессуально обусловленное течение/постпроцессуальное развитие) является предметом настоящего исследования.

Клиническая картина аффективных расстройств, регистрируемых в рамках собственных наблюдений (1 этап), соответствует описанию анестетических депрессий [22, 23]. Клиническая картина включает широкий круг деперсонализационных расстройств, выходящих за рамки психической анестезии (полная утрата эмоций, чувств и привязанностей): на первом плане явления соматопсихического отчуждения (девитализация, снижение болевой и температурной чувствительности, отчуждение телесности) и аллопсихического отчуждения (оценка по шкале CDS $21,3 \pm 2,7$): «пленка» перед глазами, притупленность/потеря цветового восприятия, ощущение нереальности, «обездвиженности», «плоскости» окружающего пространства. Спектр аффективных расстройств расширяется также за счет присоединения симптоматики более тяжелых психопатологических регистров круга малого психического автоматизма (ощущение автоматизированности собственных действий, «раздвоенности» и неподконтрольности собственного «Я»).

Явления психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*) отчетливо выступают по мере обратного развития острых аффективных и деперсонализационных расстройств.

Формирование затяжных ($11,8 \pm 6,2$ мес.) ипохондрических состояний (второй этап), краткое описание которых представлено в начале настоящей публикации, определяется явлениями моральной ипохондрии. В ряду клинических проявлений этого расстройства на первый план выступают жалобы пациентов на неполноценность собственной эмоциональной сферы с ощущением недостаточной глубины и полноты эмоций («неистинность эмоций» в описании P. Schilder [23]).

Клиническая квалификация затяжных постприступных ипохондрических состояний, судя по доступным публикациям, получает различную интерпретацию. Диагностическая альтернатива предполагает: 1) продолжающееся вялое течение эндогенного процесса; 2) резидуальные состояния.

В качестве осевых клинических характеристик, допускающих квалификацию затяжных постприступных ипохондрических состояний в границах малопрогредиентного течения эндогенного процесса, рассматриваются постепенно нарастающие дефицитарные изменения.

¹ Все эмоциональные реакции *as-if* личностей, не отличаясь особой полнотой и интенсивностью, внешне носят характер «как будто» полноценных, нередко при этом — неестественных и утрированных. Пациенты, по наблюдениям автора: «вызывают у окружающих неизбежное впечатление, что во всем отношении индивида к жизни есть что-то такое, чему недостает искренности, и тем не менее внешне оно протекает, “как если бы” оно было завершенным».

² Острый дебют по типу панической атаки описан Консторумом С.И. в рамках одного из вариантов манифестации ипохондрической шизофрении [24].

Таблица 2. Сравнительные показатели выраженности негативных расстройств и уровня социального функционирования по данным шкал SANS и GAF в период госпитализации и на этапе катamnестического наблюдения
Table 2 Comparative indicators of the severity of negative symptoms and the level of social functioning according to the SANS and GAF scales during hospitalization and at the follow-up stage

Шкалы/ Scales	Показатели (на момент госпитализации)/ Indicators (at the time of hospitalization)	Показатели (катamnестическое исследование)/ Indicators (follow-up study)	p
SANS			
Апатия-абулия/Apathy-abulia	1,5 ± 0,2	1,7 ± 0,3	> 0,05
Ангедония-асоциальность/Anhedonia-asociality	1,8 ± 0,3	1,9 ± 0,4	> 0,05
GAF			
Общий балл/General score	79,3 ± 4,6	81,3 ± 5,4	> 0,05

Анализ данных собственной казуистики (средняя длительность катamnестических наблюдений — 9,8 ± 5,6 лет), поскольку утяжеления структуры дефицитарных симптомокомплексов на протяжении всего постприступного периода (7,5 ± 3,2 лет) не наблюдалось, позволяет выдвинуть предположение о постпроцессуальном ипохондрическом развитии с явлениями моральной ипохондрии.

О правомерности отнесения собственных наблюдений к категории постприступного развития личности свидетельствует неоднократно уже отмечавшаяся в ряде исследований [15, 17] стабильность негативных расстройств³.

Сформировавшиеся по миновании приступа негативные расстройства ограничены легкой степенью выраженности апатии-абулии (1,5 ± 0,2 по SANS); ангедонии-асоциальности (1,8 ± 0,3 по SANS) и представлены формированием черт патологического эгоцентризма, появлением несвойственных ранее трудностей в инициации волевого усилия, снижением толерантности к психоэмоциональным триггерам.

О стабильности дефицитарных изменений в постприступном периоде свидетельствуют также данные сравнительного психометрического исследования (табл.2).

Представленные в табл. 2 показатели выраженности негативных расстройств, по данным шкалы SANS, в период госпитализации и повторного обследования в рамках катamnестического наблюдения, не обнаруживают статистически значимых различий.

Наблюдающиеся у пациентов когнитивные расстройства, в соответствии с результатами патопсихологического исследования, ограничиваются легким снижением концентрации внимания и мягкими изменениями мыслительных процессов по эндогенно-процессуальному типу (тангенциальность мышления, искажения процессов обобщения по типу актуализации латентных признаков, единичные шперрунги).

В пользу квалификации собственных наблюдений в границах постпроцессуального развития личности свидетельствуют приведенные выше социально-демографические показатели, совпадающие с данными ряда публикаций об уровне трудовой и семейной адаптации у больных с ипохондрическим развитием [15, 17, 26–29].

Однако наиболее весомым аргументом в пользу квалификации ипохондрических расстройств в рамках постпроцессуального развития стали показатели динамики психопатологических расстройств, составленные на базе собственных наблюдений. Речь идет о траектории развития МИ, свидетельствующей о трансформации психопатологических ипохондрических структур в патохарактерологические проявления, свойственные динамике РЛ.

Симптомокомплексы «отчуждения», определяющие клиническую картину МИ, подвержены в постприступном периоде смене анестетических расстройств явлениями деаффектуализации [30], т.е. смене тотальной анестезии явлениями парциальной деперсонализации с феноменом «неполноты перцепции»⁴ [31].

В ряду других признаков редукции анестетических расстройств: кратковременность (от нескольких дней до нескольких недель) ремиссии, сопровождающейся восстановлением эмоционального резонанса, а также психогенно и ситуационно обусловленная лабильность анестетических расстройств (кратковременное ослабление явлений МИ при воздействии субъективно значимых жизненных событий).

В порядке дальнейшего видоизменения психопатологических симптомокомплексов, вектор смещения которых направлен в сторону патохарактерологических расстройств, деперсонализационные феномены приобретают свойства сверхценных образований. В то время как анестетические феномены подвергаются обратному

³ Схожие клинические наблюдения пролонгированных постприступных состояний, клиническую картину которых определяют явления моральной ипохондрии, реализующиеся без признаков процессуальной динамики, с сохранением достаточного уровня социально-трудовой адаптации, приведены в рамках описания затяжных ипохондрических ремиссий [25].

⁴ Феномен неполноты перцепции, описываемый Р. Janet (1903). включает ощущение неполноценности психического восприятия (аффективного, когнитивного и др.) – неполноты (но не полного редуцирования) собственных психических процессов (эмоций, интеллектуальных способностей и т.д.). При этом комплекс «неполноты собственных психических процессов» рассматривается автором в границах обсессивно-компульсивных расстройств, собственных психастении. В настоящем исследовании описываемый Janet феномен рассматривается на модели деперсонализационного синдрома типа моральной ипохондрии.

развитию, ипохондрическая фиксация на ощущении неполноты эмоционального отклика приобретает статус сверхценной идеи (*idée fixe*) [32].

Указание на возможность трансформации психопатологических (анестетических) расстройств в сверхценные патохарактерологические образования содержится уже в работах Р. Janet. «Чувство неполноты перцепции, — пишет Janet, — приобретает со временем статус «неотступной идеи» (*idée obsédante*).» Несмотря на объективно улучшающееся состояние — редукцию деперсонализационных расстройств — на первый план выступают явления, свойственные динамике сверхценной ипохондрии при РЛ. Нарастают количество жалоб и частота обращений за медицинской помощью — пациенты устраивают «медицинские одиссеи», требуя коррекции состояния, подбора новых схем лекарственной терапии, применения новых методов лечения.

Следствием сверхценной фиксации на недостаточности аффективной сферы становится полная реорганизация жизненного уклада, подчиненная отныне *idée fixe*. Видоизменяется сфера социальной коммуникации — круг общения формируется из числа контактов, установленных в психиатрических клиниках или на тематических форумах, посвященных ипохондрическим расстройствам. Сфера интересов отныне ограничивается хобби и увлечениями, либо, по мнению пациентов, способствующими компенсации аффективного дефицита (психологические курсы, тренинги), либо выступающими в качестве «допинга» для «активизации» эмоций (экстремальные виды спорта, боевые искусства и т.д.).

Появляется склонность к постоянному анализу имманентных эмоциональных процессов, утрачивающих отныне функцию естественности: свойственные пациентам уже в преморбиде личностные характеристики субъективно приобретают статус «нажитых», «болезненных» («ипохондрия с отделением себя от болезни») [33], каждое переживание подвергается критичной, скрупулезной оценке. Пациенты драматично описывают недостаточность «подтонов» эмоциональной окраски, сомневаются в адекватности и полноценности актуальных чувственных переживаний.

Однако, декларируемая «недостаточность эмоций» и «неполнота аффективных реакций» не препятствует (что также подчеркивает патохарактерологическую природу описываемого комплекса расстройств) инициации любовных отношений, не обнаруживает себя в пределах близкого межперсонального взаимодействия и не фиксируется родственниками и партнерами пациентов.

В рамках динамики постпроцессуального развития личности происходит нарастание патохарактерологических расстройств за счет присоединения черт «ипохондрического эгоцентризма». В.Я. Сидельников приводит описания того, как пациенты помыкают родными, требуя материального обеспечения, новейших медикаментов и дорогостоящих психотерапевтических

программ, подчиняют жизненный уклад семьи нуждам своей потребности в «оживлении» эмоций [34].

Постепенно все более отчетливо выступает расхождение, дискрепанс объективно регистрируемой (на клиническом и психометрическом уровне) минимальной выраженности деперсонализационных расстройств и возрастающего объема жалоб на явления эмоционального отчуждения. Несмотря на декларируемую тяжесть собственного психического состояния, пациенты сохраняют достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации (на что уже указывалось), поддерживают активный образ жизни (разнообразная рекреационная активность, пребывание на курортах, посещение театра, отдых в многочисленных дружеских компаниях), вступают в брак и заводят детей.

ВЫВОДЫ

Представлены основные условия формирования моральной ипохондрии, реализующейся в постприступном периоде шизофрении и РШС. К ним отнесены: 1) преморбидный склад личности, соответствующий кластеру В (пограничное/истерическое/нарциссическое РЛ) с включением патохарактерологических димензий типа as-if personality; 2) двухэтапный стереотип развития заболевания (первый этап — острый психогенный дебют с последующей тревожно-анестетической депрессией; второй этап — пролонгированные ипохондрические состояния с явлениями моральной ипохондрии).

Приведено обоснование возможности интерпретации моральной ипохондрии как одного из проявлений постпроцессуального развития. Описаны психопатологические характеристики до настоящего момента недостаточно исследованного феномена трансформации позитивных психопатологических расстройств в патохарактерологические образования. Представлен механизм формирования персонифицированных сверхценных образований, берущих начало в структуре психопатологических расстройств деперсонализационного круга.

Рассматриваемый феномен моральной ипохондрии ранее описывался в отечественной литературе в рамках формирования псевдопсихопатий (трансформация психотических расстройств в личностные структуры) [34, 35], а также в границах анализа патохарактерологических расстройств типа фершробен, в формировании структуры которых соучаствуют проявления латентной шизофрении [36, 37].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Falret J. Société médico-psychologique. Paris, 1866:410–413.
2. Jahrreis W. Das hypochondrische Denken. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1930;92(1):686–823. doi: 10.1007/bf01814123

3. Ladee GA. Hypochondrical syndromes. Amsterdam: Elsevier, 1966.
4. Boone KB. Fixed belief in cognitive dysfunction despite normal neuropsychological scores: neurocognitive hypochondriasis? *Clin Neuropsychol*. 2009;23(6):1016–1036. doi: 10.1080/13854040802441135
5. Boone KB. Assessment of neurocognitive performance validity. In J. Ricker & J. Morgan (Eds.), *Textbook of Clinical Neuropsychology* (2nd edition). New York: Taylor and Francis., 2018. doi: 10.4324/9781315271743
6. Christensen MC, Ren H, Fagiolini A. Emotional blunting in patients with depression. Part I: clinical characteristics. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):10. doi: 10.1186/s12991-022-00387-1
7. Phillips ML, Medford N, Senior C, Bullmore ET, Suckling J, Brammer MJ, Andrew C, Sierra M, Williams SC, David AS. Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Res*. 2001; 108(3):145–160. doi: 10.1016/s0925-4927(01)00119-6
8. Simeon D. Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. 2004;18(6):343–354. doi: 10.2165/00023210-200418060-00002
9. Hürlimann F, Kupferschmid S, Simon AE. Cannabis-induced depersonalization disorder in adolescence. *Neuropsychobiology*. 2012;65(3):141–146. doi: 10.1159/000334605
10. Wang S, Zheng S, Zhang X, Ma R, Feng S, Song M, Zhu H, Jia H. The Treatment of Depersonalization-De-realization Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation*. 2024;25(1):6–29. doi: 10.1080/1529973.2.2023.2231920
11. Humpston C, Harrow M, Rosen C. Behind the opaque curtain: A 20-year longitudinal study of dissociative and first-rank symptoms in schizophrenia-spectrum psychoses, other psychoses and non-psychotic disorders. *Schizophr Res*. 2020;223:319–326. doi: 10.1016/j.schres.2020.07.019
12. Баранов ПА. Психопатология эндогенных анестетических депрессий. *Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1990;(4):66–71. Baranov PA. Psychopathology of endogenous anesthetic depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1990;90(4):66–71 (In Russ.).
13. Крылова ЕС. Клинико-психопатологические аспекты юношеских депрессий с картиной «метафизической интоксикации». *Психиатрия*. 2003;(6):29–35. Krylova ES. Clinical and psychopathological aspects of youth depression with a picture of «metaphysical intoxication». *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)* 2003;(6):29–35. (In Russ.).
14. Воробьев ВЮ. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации. *Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1971;(8):1224–32. Vorob'ev VYu. About one of the variants of juvenile schizophrenia, occurring with a predominance of depersonalization phenomena. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1971;(8):1224–32. (In Russ.).
15. Нефедьев ОП, Смулевич АБ, Орлова ВА, Мазаева НА. Об одном из вариантов стойких психопатоподобных состояний у больных малопрогрессирующей шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1983;83(3):419–426. Nefed'ev OP, Smulevich AB, Orlova VA, Mazaeva NA. On one of the variants of persistent psychopathic similar conditions in patients with low-progressive schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1983;83(3):419–426. (In Russ.).
16. Тихонов ДВ. Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2019;84(4):57–64. doi: 10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64 Tikhonov D.V. Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2019;17(4):57–64. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64
17. Смулевич АБ, Волель БА, Романов ДВ. Ипохондрия — патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2008;(10):4–12. Smulevich AB, Volel' BA, Romanov DV. Hypochondria as a personality pathology (to a problem of post-addictive hypochondriasis). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2008;(10):4–12. (In Russ.).
18. Haug K. Depersonalisation und Verwandte Erscheinungen. In: *Handbuch der Geisteskrankheiten* (Herausgegeben von O. Bumke). Ergänzungsband. Erster Teil. Berlin Heidelberg GMBH: Springer Verlag, 1939:134–204.
19. Værnes TG, Rössberg JI, Møller P. Anomalous Self-Experiences: Markers of Schizophrenia Vulnerability or Symptoms of Depersonalization Disorder? A Phenomenological Investigation of Two Cases. *Psychopathology*. 2018;51(3):198–209. doi: 10.1159/000488462
20. Deutsch H. Über einen Typus der Pseudoaffektivität („Als ob“). *Int. Z. Psychoanal. und Imago*. 1934;20(1):323–335.
21. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Тхостов АШ. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). В сб: *Депрессия и коморбидные расстройства*. Под ред. Смулевича А.Б. М;1997:28–53. Smulevich AB, Dubnickaya EB, Thostov AS. Psihopatologiya depressij (k postroeniyu tipologicheskoy modeli). V sb: *Depressiya i komorbidnye rasstrojstva*. Podred. Smulevicha A.B. M;1997:28–53. (In Russ.).
22. Тиганов АС. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. Тиганова АС. М.: Медицина; 1999;1:21–27. Tiganov AS. Klinicheskaya psihopatologiya. Ru-kovodstvo po psihiatrii. Pod red. Tiganova AS. M.: Medicina; 1999;1:21–27. (In Russ.).
23. Schilder P. Depersonalization. In *Introduction to psychoanalytic psychiatry*. Nervous and Mental

- Disease Publishing Company. Monograph Series No. 50;1928;120.
24. Консторум СИ, Окунева ЭГ, Барзак СЮ. Ипохондрическая форма шизофрении. В кн.: Проблемы пограничной психиатрии. 1935;150–203. Konstorum SI, Okuneva EG, Barzak SYu. The hypochondriac form of schizophrenia. In: Problemy pograničnoj psihiatrii. 1935;150–203. (In Russ.).
 25. Смулевич АБ, Павлова ЛК, Ильина НА. Шизофрения и ипохондрия (к проблеме ипохондрических ремиссий). *Психиатрия*. 2007;(6):7–16. Smulevich AB, Pavlova LK, Il'ina NA. Schizophrenia and hypochondria (to the problem of hypochondriac remissions). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2007;(6):7–16. (In Russ.).
 26. Жариков НМ. Клинические особенности ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1960;60(4):469–473. Zharikov NM. Clinical characteristics of remissions of schizophrenia during an advanced stage of disease. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1960;60(4):469–473. (In Russ.).
 27. Бобров АС. Затяжная непсихотическая ипохондрия в практике врачебно-трудовой экспертизы. — М.: Медицина, 1984:143. Bobrov AS. Zatyazhnaya nepsihoticheskaya ipochondria v praktike vrachebno-trudovoj ekspertizy. — M.: Medicina, 1984:143.
 28. Иванов СВ, Бурханов АМ. К типологии постпроцессуального ипохондрического развития. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1992;(4):6–12. Ivanov SV, Burhanov AM. Typology of postprocessual hypochondriac development. *Social and Clinical Psychiatry*. 1992;(4):6–12. (In Russ.).
 29. Medford N, Sierra M, Stringaris A, Giampietro V, Brammer MJ, David AS. Emotional Experience and Awareness of Self: Functional MRI Studies of Depersonalization Disorder. *Front Psychol*. 2016;(7):432. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00432
 30. Janet P. Les Obsessions et la Psychasthénie. Paris, Alcan, 1903, vol 1 (reprinted in New York, Arno, 1976).
 31. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen, Leipzig, Germany, 1900.
 32. Zutt J. Die innere Haltung. Eine psychologische Untersuchung und ihre Bedeutung für die Psychopathologie insbesondere im Bereich schizophrener Erkrankungen. *Monatsschr. Psychiatr. Neurol*. 1929;73(3):52–100.
 33. Сидельников ВЯ. К вопросу о так называемой сенистопатически-ипохондрической шизофрении. Шизофрения. (Диагностика, соматические изменения, патоморфоз). М, 1975:65–78. Sidel'nikov VYa. K voprosu o tak nazyvajemoj senestopaticheski-ipohondricheskoj shizofrenii. V kn.: Shizofreniya. (Diagnostika, somaticheskie izmeneniya, patomorfoz). M., 1975:65–78. (In Russ.).
 34. Снежневский АВ. Nosos et pathos schizopreniae. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование под ред. А.В. Снежневского. М, 1972:5–15. Snezhnevskij AV. Nosos et pathos schizopreniae. Shizofreniya. Mul'tidisciplinarnoe issledovanie pod red. A.V. Snezhnevskogo. M, 1972:5–15. (In Russ.).
 35. Волель БА, Серебрякова ЕВ. Вялотекущая ипохондрическая шизофрения (аспекты типологии и течения). *Психиатрия*. 2006;4(4-6):16-23. Volel' BA, Serebryakova EV. A slow-progressive hypochondriac schizophrenia (aspects of typology and evolution). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2006;4(4-6):16-23. (In Russ.).
 36. Смулевич АБ, Ключник ТП., Лобанова ВМ., Воронова ЕИ. Негативные и позитивные расстройства при шизофрении (аспекты созависимости, психопатологии, патогенеза). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2020;120(6-2):13-22. doi: 10.17116/jnevro202012006213 Smulevich AB, Klyushnik TP, Lobanova VM, Voronova EI. Negative and positive disorders of schizophrenia (issues of co-dependence, psychopathology and pathogenesis). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(6-2):13-22. (In Russ.) doi: 10.17116/jnevro202012006213
 37. Смулевич АБ. Новая психопатологическая парадигма шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):7-15. doi: 10.17116/jnevro20241240117 Smulevich AB. The new psychopathological paradigm of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(1):7-15. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20241240117

Сведения об авторах

Вероника Маратовна Лобанова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

lobanovanika@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

Мария Александровна Маршанская, младший научный сотрудник, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

mariamarshh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5692-5879>

Information about the authors

Veronika M. Lobanova, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of borderline mental disorders and psychosomatic disorders, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

lobanovanika@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

Maria A. Marshanskaya, Junior Researcher, Department of borderline mental disorders and psychosomatic disorders, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

mariamarshh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5692-5879>

Вклад авторов

Лобанова В.М. — концептуализация, методология, проведение исследования, администрирование данных, создание рукописи и ее редактирование, руководство исследованием, администрирование проекта

Маршанская М.А. — формальный анализ, проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи, визуализация

Author's contributions

Lobanova V.M. — conceptualization, methodology, conducting the study, data administration, manuscript creation and editing, research management, project administration

Marshanskaya M.A. — formal analysis, conducting the study, resources, drafting the manuscript, visualization

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

Дата поступления 11.07.2024
Received 11.07.2024

Дата рецензирования 28.10.2024
Revised 28.10.2024

Дата принятия к публикации 11.02.2025
Accepted for publication 11.02.2025