

УДК 616.895.8; 616.89-008.484

Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации)**Schizophrenia in patients with hysterical personality disorder (aspects of negative symptoms and labour disadaptation)**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-39-48>**Жилин В.О.¹, Лобанова В.М.¹, Воронова Е.И.^{1,2}**¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия**Zhilin V.O.¹, Lobanova V.M.¹, Voronova E.I.^{1,2}**¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia² FSAEI HE I.M. Sechenov First MSU MOH Russia (Sechenovskiy University), Moscow, Russia

39

Обоснование: Первой предпосылкой к проведению настоящего исследования явилось основанное на анализе данных литературы предположение о возможности «парциальной» выраженности апатоабулических расстройств («лабильность волевого усилия» по Д.Е. Мелехову). Второй предпосылкой стало выделение зарубежными учеными конструкта «селективной» (по Marin, 1990) «апатии к работе» (Schmidt G. et al., 2015).

В свете описанных рассуждений особый интерес вызывает феномен апатии к работе при шизофрении, развивающейся на основе истерической конституции, что связано с очевидными трудностями диагностики между парциальной абулией по типу «апатии к работе» при истерошизофрении и динамикой истерической психопатии с формированием феномена «рентной установки».

Рабочей гипотезой выступило предположение о существовании особого вида дефицитарных расстройств у пациентов с истерическим преморбидом, в случае которых апатоабулические нарушения, «прорастая» в сферу конституциональных аномалий, выступают «под маской» углубляющихся патохарактерологических расстройств и сопровождаются парциальной (приоритетно-трудовой) дезадаптацией жизнедеятельности больных.

Целью настоящего исследования в соответствии с рабочей гипотезой выступило изучение дефекта при истерошизофрении, протекающей с преобладанием парциальных апатоабулических расстройств.

Материалы и методы: в работе обобщаются результаты наблюдения 10 пациенток с экзacerbацией эндогенно-процессуальной патологии. Диагностический аппарат включал клинический и психометрический методы оценки.

Результаты: полученные в ходе исследования данные позволили выделить особый тип парциального шизофренического дефекта, обозначенный нами как «истероабулия». Формирующиеся негативные расстройства избирательно затрагивают произвольные формы деятельности, в первую очередь трудовую, в то время как развлекательная активность, будучи непроизвольной истерической потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, может не обнаруживать апатоабулического дефицита.

Ключевые слова: истерошизофрения; негативные расстройства; истерическое расстройство личности; селективная апатия; «апатия к работе».

Для цитирования: Жилин В.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации). *Психиатрия*. 2019;81(1):39–48.

Конфликт интересов отсутствует

Background information: The first supposition for conducting this study was hypothesis based on the analysis of literature data according to which there is the possibility of «partial» character of apathoabulic disorders («lability of volitional effort» by D.E. Melekhov). The second presumption was the selection of the construct of «selective» (according to Marin, 1990) «job apathy» (Schmidt G. et al., 2015) by the foreign scientists.

In the light of reasons supplied, of special interest is apathy to work in patients with schizophrenia, proceeding on the basis of a hysterical constitution — which is associated with obvious difficulties in diagnosing between partial abulia («job apathy») within the hysterical form of schizophrenia and the dynamics of hysterical psychopathy with the phenomenon of «pension neurosis».

A current hypothesis was based on the assumption that there is a special type of deficit symptoms in schizophrenic patients with hysterical personality, according to which apathoabulic disorders «invade» into the sphere of constitutional anomalies, act «under the mask» of intensified pathocharacterological disorders and are accompanied by partial misadaptation of life and activities.

The purpose of this work was to study the negative symptoms in hysterical form of schizophrenia, proceeding with a predominance of partial apathoabulic disorders.

Materials and methods: the present study summarizes the results of observations of 10 patients who applied to the FSBSI NHRC due to exacerbation of schizophrenic process. The diagnostics included clinical and psychometric assessment techniques.

Results: the data obtained in the course of the study allowed us to figure out a special type of partial schizophrenic defect state, named as «hysteroabulia», according to which the negative symptoms affect voluntary activity (in particular — labour function), while recreational activity, being hysterical involuntary, doesn't need to be volitional initiated, so may not reveal an apathoabolic disorder.

Keywords: hysteric schizophrenia; negative symptoms; hysterical personality disorder; selective apathy; job apathy.

For citation: Zhilin V.O., Lobanova V.M., Voronova E.I. Schizophrenia in patients with hysterical personality disorder (aspects of negative symptoms and labour disadaptation). *Psychiatry*. 2019;81(1):39–48.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современной концепции шизофренического дефекта [1–3], негативные расстройства — мультидименсиональный конструкт [4–6], в пределах которого выделяются два основных домена: апатоабулический (avolition: безволие, ангедония, аутизм) и эмоциональный (blunted affect: эмоциональное уплощение, бедность эмоциональной экспрессии, асоциальность).

Современные зарубежные и отечественные работы доказательно рассматривают апатоабулические нарушения в качестве ключевой детерминанты тяжелого функционального исхода, представленного грубой социально-трудовой дезадаптацией [7–10]. При широком разнообразии тяжелых психопатологических явлений, определяющих течение эндогенно-процессуальной патологии, окончательное прекращение профессиональной активности в большинстве случаев оказывается связанным с нарастанием волевого дефекта [11–15].

Первой предпосылкой, определившей планирование и дизайн настоящего исследования, является предположение о возможности «парциальной» выраженности апатоабулических расстройств.

Обоснованием правомерности подобных предположений выступает анализ литературы, посвященной влиянию дефекта на трудовую адаптацию больных шизофренией [16–21]. В клинической практике и по данным исследований выделяется группа больных с особым видом волевых нарушений, имеющих ограниченный характер на фоне формально сохранной социально-бытовой компенсации.

Д.Е. Мелехов [22] характеризует подобный «парциальный» дефицит термином «лабильность волевого усилия», подчеркивая, что «грубой ошибкой является понимание поведения этих больных как проявления каприза, злой воли или симуляции». В основе утраты ими способности к волевой регуляции лежат негативные расстройства — «классическое» для шизофренического дефекта «безволие». Именно абулия выступает причиной дезорганизации произвольных форм деятельности, что в первую очередь находит отражение в трудовой дезадаптации больных при сохранности произвольной активности. В данном случае речь идет о таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь, по выраже-

нию Ф. Мауз [23]: «снижает личность, ослабляет ее, но приводит к бездеятельности лишь определенные ее структуры»¹.

Второй предпосылкой к проведению настоящего исследования стало описание особого вида расстройств мотивации и воли по типу «селективной апатии» [24]. В клиническом пространстве к ней может быть отнесен выделенный в наше время конструкт «апатия к работе» [25]. Он определяется «феноменом утраты заинтересованности в трудовой деятельности в отсутствие каких-либо значимых стрессовых событий, ассоциированных с ней», который, в соответствии с современным дименсиональным подходом, рассматривается вне связи с определенной клинической категорией, находясь в границах континуума (от невротических до процессуальных негативных изменений) патологий [26, 27].

Особый интерес в свете изучения парциальной абулии представляет феномен апатии к работе у пациентов, страдающих шизофренией, чей конституциональный склад определяется истерическим расстройством личности. Приоритетное значение эта тема приобретает в свете очевидных трудностей дифференциальной диагностики между истерошизофренией, протекающей с парциальными апатоабулическими расстройствами, и динамикой истерической психопатии, сопровождающейся формированием феномена «рентной установки». Оба эти варианта в равной степени предполагают трудовую дезадаптацию пациентов при сохранении ими социально-бытовых форм активности.

Представленные данные позволяют выдвинуть в порядке рабочей гипотезы предположение о существовании особого вида дефицитарных изменений у пациентов с истерическим преморбидом. В этом случае апатоабулические нарушения, «прорастая» в сферу конституциональных аномалий, выступают «под маской» углубляющихся патохарактерологических расстройств и сопровождаются парциальной дезадаптацией больных в повседневной жизни.

Основной целью настоящей работы явилось изучение особой формы дефекта при истерошизофрении, характеризующегося преобладанием парциальных апатоабулических расстройств.

¹ Работа Ф. Мауз посвящена изучению простой формы шизофрении, что не соответствует течению эндогенной патологии в изучаемой нами выборке. Исползованная в работе цитата призвана подчеркнуть сходство негативных изменений больных исследованной нами группы с профилем дефицитарных изменений, описанным Ф. Мауз, при котором «типичное углубление психической дефицитарности контрастирует с внешней упорядоченностью больных».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании обобщены полученные в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) результаты наблюдений 10 больных (все женщины, средний возраст $40,2 \pm 3,9$ года) с установленным диагнозом шизофрении. В клинической картине заболевания преобладали парциальные абулические расстройства, а преморбид определялся истерическим складом личности. На момент обследования (период 2017–2018 гг.) все пациентки проходили стационарное лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» по поводу экзацербации эндогенно-процессуальной патологии.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования был разработан комплексный блок диагностических критериев, позволивших добиться однородности клинического материала.

Критерии включения

- Верифицированный диагноз шизофрении и расстройств шизофренического спектра (шизотипическое расстройство (F21, МКБ-10), резидуальная шизофрения (F20.5, МКБ-10)).
- Парциальный характер апатоабулических расстройств, характеризующийся сохранностью социально-бытовой активности при полной трудовой дезадаптации, предварявшейся стабильным трудовым маршрутом и наступившей вследствие манифестации эндогенно-процессуальной патологии.
- Конституциональный склад, определяющийся истерическим РЛ.
- Отсутствие на попечении детей, страдающих тяжелыми соматическими или психическими расстройствами, детей-инвалидов и взрослых иждивенцев, требующих за собой ухода, несовместимого с сохранением трудовой активности пациенток.
- Длительность болезни не менее 5 лет, создающая условие для доказательной оценки структуры преморбидных аномальных свойств личности и динамики их видоизменения вследствие формирования и усугубления негативных процессуальных изменений.
- Доступность объективной информации о пациентах, достигших зрелого возраста, хотя бы у одного из их дееспособных родителей для верификации показателей динамики патохарактерологических изменений, сопутствующих нарастанию негативных расстройств.
- Наличие подписанного информированного согласия больных на участие в исследовании.

Критерии невключения

1. Признаки острой психической патологии (актуальные психотические эпизоды) и тяжелой когнитивной недостаточности (умственное снижение, достигающее уровня деменции; умственная отсталость).
2. Злоупотребление ПАВ (F10–19 по МКБ-10).
3. Наличие органического поражения ЦНС любой этиологии.

4. Декомпенсация тяжелого соматического заболевания, затрудняющая процесс диагностики или влияющая на его доказательность.

Психопатологическая оценка состояния больных проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН, проф. А.Б. Смулевича, с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Исследование проведено с соблюдением принципов и правил Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Основными методами исследования выступали психопатологический и психометрический.

Психометрическая оценка включала развернутое психологическое исследование: (1) структуры негативной симптоматики с применением специализированных клинических шкал: 1) Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) — клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических симптомов; 2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) — клиническая рейтинговая шкала для типологической и многомерной оценки психопатологической выраженности негативных и позитивных синдромов; 3) Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) — клиническая пропорциональная шкала для оценки астенической симптоматики; (2) специфики поведения в болезни и отношения к ней: 1) Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36) — опросник для оценки качества жизни пациента, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья; 2) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) — клинический тестовый опросник, направленный на изучение поведения индивида в случае наличия у него заболевания; (3) профиля интеллектуальной продуктивности больных — шкала интеллекта взрослых Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS) — основанный на иерархической модели Векслера тест, позволяющий диагностировать общий интеллект и его составляющие; (4) степени выраженности аффективной симптоматики (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) — клиническая шкала оценки депрессивной симптоматики Гамильтона). Кластеризация полученных данных проводилась с применением метода k-средних.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические показатели исследованной выборки представлены в табл. 1.

На момент исследования все пациентки находились в трудоспособном возрасте ($40,2 \pm 3,9$ года). У них отмечается высокий образовательный статус (7 (70%) больных имеют высшее образование; 3 (30%) — среднее специальное), что подтверждается превышением

Таблица 1/ Table 1

Социально-демографические показатели пациентов выборки/Social and demographic characteristics of patients

Показатель/Characteristics	Общая выборка/Total (n = 10)
Возраст (лет)/Age (years)	40,2 ± 3,9
Клиническая характеристика/Clinical characteristics	
Манифест (лет)/Age of onset (years)	29,1 ± 4,2
Длительность заболевания/Duration of disease	11,2 ± 2,9
Число госпитализаций/Number of hospitalizations	2,7 ± 1,5
Семейный статус/Marital status	
– в актуальном браке/married	5 (50%)
– разведены/divorced	
– никогда не состояли в браке/single	
– гражданский брак/civil marriage	5 (50%)
– вдовцы/widows	
Образование/Education	
– среднее специальное	3 (30%)
– высшее/higher	7 (70%)
Социальный статус/Social status	
– работают/working	0
– не работают/unemployment	10 (100%)
Из них	
– иждивенцы/dependent	10 (100%)
– инвалиды по соматическому заболеванию/disabled due to physical disease	0
– инвалиды по психическому заболеванию/disabled due to mental disease	0
Трудовой статус/Employment status	
Длительность работы (лет)/Duration of employment	6,1 ± 2,2
Окончание рабочего стажа (лет)/Age of employment end	31,7 ± 5,4
Профиль трудовой деятельности/Job	
– управленческая/management	–8 (80%)
– офисная/clerk	–1 (10%)
– творческая/creation	–1 (10%)
Продолжительность безработицы (лет)/Duration of unemployment	7,9 ± 2,9

показателей средней статистической нормы для населения России (высшее образование — 37,7%; среднее — 44,3% по данным Госкомстата, 2017).

На фоне этого особенно заметной становится грубая трудовая дезадаптация больных (100% выборки безработные²; 100% выборки не имеют дополнительных неофициальных путей заработка), не связанная с недостатком полученного ими образования, интеллектуальным дефицитом (средний балл по WAIS — 103,7 ± 7,3) или нетрудоспособным возрастом. При этом окончательное прекращение профессиональной деятельности (31,7 ± 5,4 года) очевидно происходило после манифестации эндогенно-процессуального заболевания (29,1 ± 4,2 года), что с учетом преморбидно стабильного трудового стажа (6,1 ± 2,2 года) на высоких профессиональных должностях отражает связь

трудовой дезадаптации больных с клиникой негативных изменений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (РШС).

О наличии дефицитарных расстройств позволяет судить в том числе средняя длительность заболевания (11,2 ± 2,9 года), частота госпитализаций в психиатрический стационар (2,7 ± 1,5) и средняя продолжительность безработицы на момент обращения (7,9 ± 2,9 года).

Переходя к анализу полученных результатов, в первую очередь стоит отметить заметный контраст между жалобами больных на тяжесть собственного психического недуга и очевидной сохранностью общей активности их жизнедеятельности, носящей развлекательный характер.

Так, пациентки субъективно отмечают снижение уровня психической и физической выносливости, появление склонности к манкированию деятельностью, требующей волевого напряжения. На первый план

² При средней норме безработицы в 5,2% от населения России, по данным Госкомстата (2017).

выходят жалобы на утрату прежней амбициозности и целеустремленности, появление черт безынициативности с кардинальной сменой жизненных приоритетов, в совокупности приведшим к принятию иждивенческой позиции. При этом внешне пациенты производят впечатление психопатических личностей, сохраняющих активность социально-развлекательной деятельности (регулярные многочасовые походы в торговые центры, активный уход за собственным внешним видом, посещение косметологов и стилистов, систематические зарубежные отпуска и т.д.). Подобный дисбаланс может вызывать опасения в отношении постановки этой группе больных диагноза шизофрении. Тем не менее тяжесть негативных изменений, подтверждающих процессуальный характер недуга, становится очевидной в ходе клинической и психометрической оценки, обнаруживающей у пациентов признаки абулического дефицита, являющегося первопричиной произошедшего «надлома профессионального стандарта» [28].

Преморбид больных (10 набл.) соответствует описаниям шизоидных истериков [29]. С раннего возраста им свойственны черты невропатии и вегетативной лабильности.

При этом задолго до дебюта шизофренического процесса их отличает наличие конституциональной волевой недостаточности, выявляемой исключительно в периоды активной нагрузки. Будучи настойчивыми в реализации собственных целей и интересов (упорство в достижении успехов на избранном профессиональном поприще, требовательность по отношению к окружающим в обеспечении себя дорогими нарядами и косметикой, путевками за рубеж и т.д.), пациентки обнаруживают склонность к психогенным реакциям истерического характера в периоды, требующие от них длительного, *субъективно незначимого*, волевого напряжения (повышенная нагрузка при подготовке к экзаменам или поступлению в университет и т.д.).

Подобные патохарактерологические особенности можно рассматривать в качестве «минус-радикалов» [30]³ — латентных, не определявших личностный профиль, патологических преморбидных характерологических дименсий, приобретающих в случае дебюта психических расстройств доминирующее положение в структуре клинического синдрома. Так, несмотря на свои личностные особенности, до момента манифестации заболевания слабость волевой регуляции пациентов не достигала клинического уровня и не затрагивала их социально-трудовой адаптации — они успешно оканчивали среднее и получали высшее образование, имели стабильный трудовой маршрут (трудовой стаж $6,1 \pm 2,2$ года), продуктивно адаптировались в условиях трудовых нагрузок, достигали руководящих должностей.

Манифест заболевания приходится на возраст $29,1 \pm 4,2$ года и определяется картиной истеродепрессии, провокатором которой выступают так называемые «удары судьбы» [31] — увольнения, смерть значимого другого, развод. У некоторых больных (3 набл.) дебют эндогенного процесса ассоциирован с репродуктивным циклом женщин, соответствуя клинике послеродовых депрессий.

На первый план в структуре гипотимии выступает полиморфная грубая истероконверсионная (тремор, мышечные спазмы, ком в горле, астазия-абазия), алгическая и астеновегетативная симптоматика. Характерна постепенная трансформация истерической симптоматики («динамика от жеста к симптому» [32]) с нарастанием собственно аффективных расстройств и присоединением витального компонента (расстройства сна и аппетита, появление суточного ритма и т.д.). В этот период видоизменяется психогенный содержательный комплекс (денотат) — доминировавшая прежде тематика, как правило, сменяется ипохондрическими опасениями о собственном здоровье (переход депрессии, связанной с психореактивным поведением, к эндогенному течению [33]), ограничением жизнедеятельности «поведением в болезни» (illness behavior), уходом с работы, перекладыванием на родственников бытовых обязанностей. Они упорно продолжают посещение интернистов, настойчиво требуют от близких поддержки, игнорируют уверения врачей в его нецелесообразности, ищут новые методы терапии, самостоятельно «назначают» себе препараты. В этот же период обычно происходит слом их трудового маршрута — больные увольняются, декларируя это потребностью во времени на лечение, однако более профессионального пути не продолжают.

Дальнейшее течение заболевания обнаруживает тенденцию к хронификации по типу шизореактивной дистимии [34].

По миновании манифеста заболевания (в среднем $31,7 \pm 2,3$ года) на фоне редукции аффективной симптоматики становятся заметны проявления особого типа сформировавшихся процессуальных изменений, который мы обозначаем термином «истероабулия» и предлагаем рассматривать в качестве парциальной формы абулического дефицита у лиц с преморбидно истерическим складом.

Ключевой характеристикой описываемого типа шизофренического дефекта является парциальность апатоабулических расстройств, реализующихся редукцией энергетического потенциала [35] с нарастанием черт безволия, не сопровождающегося при этом грубым снижением психофизической выносливости и тяжелой астенией (показатели шкалы астении MFI-20 соответствуют легкой выраженности: $54,5 \pm 8,7$).

Связь утраты прежнего трудового стандарта с проявлениями дефицитарных расстройств подтверждается на психометрическом уровне: (1) данными оценки негативной симптоматики, выявляющей у 100% выборки наличие волевого дефекта (табл. 2); (2) показателями

³ Согласно взглядам Н. Sjöbring, в преморбиде личности заложены так называемые «минус-радикалы», которые актуализируются в период болезни, становятся «осевыми» в структуре психического расстройства и определяют его клиническую картину. Таким образом, конституционально заложенные «минус-варианты» имеют не только патофизиологическое, но и патогенетическое значение.

Таблица 2/Table 2

Общие показатели опросника MFI-20, клинических шкал SANS, PANSS и HDRS по выборке/General data of the MFI-20 questionnaire, the SANS, PANSS and HDRS clinical scales for sampling

Шкалы/Scales	Оценка по данным обследования пациента/ Actual assessment	Оценка по данным объективного анамнеза и наблюдений/ Assessment due to case story	Общий показатель/ Total
Апатобулические расстройства/Avolition-apathy	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,5
Уход за собой/Grooming-Hygiene	0,7 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,3
Снижение продуктивности в работе или учебе/Decreased productivity in work or school	4,9 ± 0,7	4,6 ± 0,6	4,7 ± 0,5
Снижение физического энергетического потенциала/ Physical Anergia	3,3 ± 0,2	3,5 ± 0,4	3,1 ± 0,3
Субъективная оценка/Global Rating	3,2 ± 0,1	–	3,2 ± 0,1
Ангедония-асоциальность/Anhedonia-asociality	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2
Активность свободного времени/Recreational Interests and Activity	0,2 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1
Сексуальные интересы/Sexual Interest and Activity	1,2 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,3
Способность чувствовать интимность и близость/Ability to Feel Intimacy and Closeness	1,9 ± 0,6	2,1 ± 0,5	2,0 ± 0,5
Отношения с родными и коллегами/Relationships with Friends and Peers	2,2 ± 0,7	2,1 ± 0,6	2,1 ± 0,5
Субъективная оценка/Subjective health assessment	1,7 ± 0,5	–	1,7 ± 0,5
PANSS (шкала N/N scale)			
Уплотненный аффект/Blunted affect	1,7 ± 0,3	1,3 ± 0,4	1,5 ± 0,5
Снижение эмоциональной вовлеченности/Emotional withdrawal	1,5 ± 0,7	1,7 ± 0,9	1,6 ± 0,9
Снижение коммуникабельности/Poor rapport	2,1 ± 0,4	2,2 ± 0,8	2,3 ± 0,7
Пассивная/апатическая социальная самоизоляция (NB: указаны показатели утраты побуждений и инициативы: к социальным видам активности/ трудовому процессу)/Passive/apathetic social withdrawal (NB: reduction of initiative and impulse to: social activities/labour process)	0,3 ± 0,2/5,4 ± 0,5	0,3 ± 0,4/5,8 ± 0,2	0,3 ± 0,3/ 5,6 ± 0,3
Нарушения абстрактного мышления/Abstract thinking disorder	2,1 ± 1,5	–	2,1 ± 1,5
Снижение спонтанности и речевой активности/Lack of spontaneity and flow of conversation	1,1 ± 0,2	1,4 ± 0,3	1,2 ± 0,5
Стереотипность мышления/Stereotyped thinking	0,8 ± 0,5	0,4 ± 0,7	0,6 ± 0,6
MFI-20			
Общий показатель астении (когнитивной и физической): в период экзacerbации/по ее минованию/Total store: exacerbaton/remission	72,1 ± 8,9/63,3 ± 9,3	69,2 ± 10,9/45,2 ± 8,1	70,7 ± 9,2/ 54,5 ± 8,7
HDRS			
Общий показатель по шкале: в период экзacerbации/по ее минованию/Total score: exacerbaton/remission	16 ± 2,1/3,7 ± 1,9	–	16 ± 2,1/ 3,7 ± 1,9

оценки влияния болезни на профиль жизнедеятельности больных с клиническим анализом их субъективных жалоб (табл. 3). Эндогенно-процессуальный характер абулических расстройств подтверждается также отсутствием по минованию экзacerbации субклинического аффективного снижения, имеющего влияние на волевую сферу больных (средние показатели шкалы Гамильтона: $3,7 \pm 1,9$).

Можно говорить о том, что нарастание негативных абулических расстройств в данной группе приводит к углублению заложенной в преморбиде волевой недо-

статочности, ранее не достигающей клинического уровня, т.е. актуализирует заложенный «минус-радикал». В соответствии с этим формирующиеся негативные расстройства затрагивают в первую очередь произвольные формы деятельности (в частности, трудовую сферу), в то время как развлекательная активность, будучи произвольной истерической потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, не обнаруживает признаков апато-абулического дефицита.

Непродолжительные периоды вынужденной (требования родных восстановиться на работе, материаль-

Таблица 3/Table 3

Показатели качества жизни и активности ежедневной жизнедеятельности пациентов по данным подшкал опросника MOS SF-36/Quality of life and daily activity assessment (subscales of MOS SF-36)

Шкалы/Scales	Показатели выборки/Scores	Комментарии пациенток в клинической беседе/Patients' comments
Физическая нагрузка/ Physical Functioning	3,2 ± 0,6	«Я отмечаю, что стала ленивее, если долго напрягаюсь — начинает невероятно болеть голова»; «я могу заниматься ежедневными делами, но мне стало тяжело заставить себя выполнять обязанности, чего раньше не было»; «раньше я была активнее, сейчас я как-то болезненно обленилась»
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности/Role-Physical Functioning	3,5	«Если я занимаюсь своими делами и не напрягаюсь, то все хорошо, но, если нужно себя заставить, голова и спина начинают нестерпимо болеть»; «я могу долго гулять, но на работе спину сводит — наверное, из-за остеохондроза, хотя врачи его не диагностируют»
Общее здоровье/Self-Health Assessment	2,1 (не соответствует объективным данным медицинской документации)	«Я, конечно, не инвалид, но я не могу работать, я больной человек, а не симулянтка, как считает моя семья»; «Если человек может жить, но не может работать, то он тяжело болен, это про меня»
Витальность/Vitality	3,2	«Я раньше была активнее, управляла людьми, сейчас я хочу вести спокойную жизнь, я уже перенапряглась за жизнь, и теперь хочу отдыхать»; «Вне работы я — здоровый человек, можете верить или нет, но я просто не могу работать — стоит начать, и вся моя депрессия возвращается обратно, как бы я ни пыталась»
Социальная развлекательная активность/Social Functioning	4,9	«Я, как и все, каждый год путешествую, люблю покупать вещи и обставлять квартиру, ходить по магазинам, для этого много усилий не нужно»; «Вне депрессии я занимаюсь фитнесом, встречаюсь с подругами, хожу по магазинам, занимаюсь домом — мне не дает жизни только депрессия»; «Я не устаю, потому что развлечения не требуют от меня сил физических и силы воли»
Социально-трудовая активность/Labor Functioning	1,2	«Я не могу работать, потому что как только начинаю заставлять себя — у меня появляются боли»; «я утомляюсь от тех дел, которые для меня неприятны, как будто я растеряла силу воли»; «я потеряла прежние амбиции, мне больше не хочется достигать чего-то, я стала какой-то пассивной»

ные трудности и т.д.) трудовой активности пациенток приводят к эскалации истеродепрессивной симптоматики, сопровождающейся клишированными ипохондрическими реакциями по типу «ухода в болезнь» («эгоцентрически-ипохондрический тип отношения к болезни» по данным опросника ТОБОЛ; общие данные по опроснику приведены на рис. 1). Настроение в эти

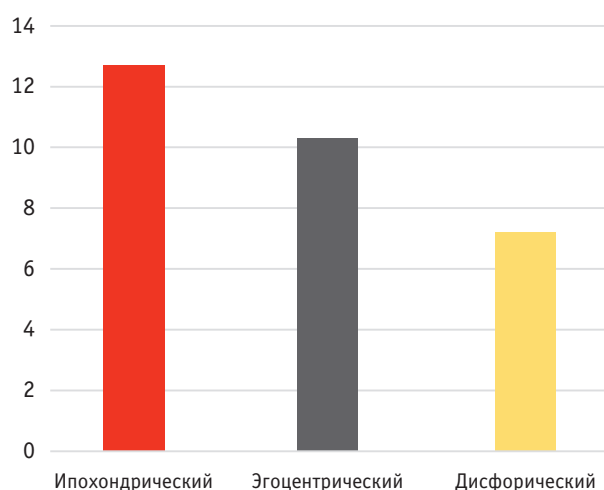


Рис. 1/ Fig. 1. Ведущие типы отношения пациенток к болезни по данным опросника ТОБОЛ (показатели > 7 баллов): красный — ипохондрический, синий — эгоцентрический, желтый — дисфорический/Main types of insight: red colour — hypochondriac; blue — egocentric; yellow — dysphoric

периоды характеризуется тревогой и подавленностью; больные становятся плаксивыми, раздражительными, утомляемыми. На фоне аффективного снижения вновь уходят с работы, стереотипно ограничивают свою жизнедеятельность многочисленными исследованиями у интернистов, добиваются болезненных (вплоть до инвазивных) диагностических процедур, в свободное время предпочитают залеживаться в постели. Длительность истеродепрессивных фаз обычно составляет от 6 до 12 мес.

Несмотря на явления «соматического эгоизма» [36], проявляющегося в периоды эскалации аффективной фазы утрированными жалобами на собственное состояние, оберегающим поведением, манипуляциями родными с требованием исключительной заботы о себе, у пациенток отсутствует характерный для «рентных установок» поиск вторичной выгоды от заболевания (средние показатели подшкалы «Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни» Опросника для изучения отношения к болезни и лечению: $2,2 \pm 0,5$), подтверждаемый жалобами больных на субъективно неблагоприятные, дезадаптирующие их в повседневной жизнедеятельности, последствия психического недуга: снижение социального и материального уровней жизни; отказ в период депрессии от прежде сохранявшейся развлекательной активности; появление семейных конфликтов, связанных с неприятием родными их болезни.

ОБСУЖДЕНИЕ

В завершение представляется важным отметить, что на современном этапе исследование дефицитарных расстройств при шизофрении напрямую связано с разработкой методов валидизированной оценки, в первую очередь представленных шкалами психометрической оценки (SANS, PANSS, BNSS и др.).

При этом подшкалы апатоабулических и эмоциональных расстройств не предполагают диагностики парциальных форм шизофренического дефицита, наблюдаемых в клинической практике.

В контексте этого особое значение приобретает разработка специализированного инструментария, позволяющего верифицировать наличие негативных изменений, имеющих ограниченный характер и не приводящих к грубой дезорганизации психической деятельности.

Исследование проведено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований. Проект № 19-07-01119.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Kirkpatrick B. Developing concepts in negative symptoms: primary vs secondary and apathy vs expression. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75(suppl.1):3–7. <https://DOI.org/10.4088/JCP.13049su1c.01>
- Marder S., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14–24. <https://DOI.org/10.1002/wps.20385>
- Galderisi S., Mucci A., Buchanan R., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):664–677. [https://DOI.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://DOI.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Strauss G., Horan W., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J. Psychiatr. Res.* 2013;47(6):783–790. <https://DOI.org/10.1016/j.jpsychires.2013.01.015>
- Azorin J., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. *CNS Neurosci. Ther.* 2014;20(9):801–808. <https://DOI.org/10.1111/cns.12292>
- Смулевич А.Б., Мухорина А.К., Воронова Е.И., Романов Д.В. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. *Психиатрия*. 2016;(72):5–19.
- Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophr. Bull.* 2008;36(2):359–369. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(4):91–100.
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014;130(4):290–299. <https://DOI.org/10.1111/acps.12289>
- Алфимова М.В., Лежейко Т.В., Болгов М.И., Тихонов Д.В., Голимбет В.Е. Самооценка гедонических и активационных аспектов мотивации при шизофрении и ее связь с негативными симптомами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;3:10–18.
- Kirkpatrick B. Developing concepts in negative symptoms: primary vs secondary and apathy vs expression. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75(suppl.1):3–7. <https://DOI.org/10.4088/JCP.13049su1c.01>
- Marder S., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14–24. <https://DOI.org/10.1002/wps.20385>
- Galderisi S., Mucci A., Buchanan R., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):664–677. [https://DOI.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://DOI.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Strauss G., Horan W., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J. Psychiatr. Res.* 2013;47(6):783–790. <https://DOI.org/10.1016/j.jpsychires.2013.01.015>
- Azorin J., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. *CNS Neurosci. Ther.* 2014;20(9):801–808. <https://DOI.org/10.1111/cns.12292>
- Smulevich A.B., Muhorina A.K., Voronova E.I., Romanov D.V. Sovremennye koncepcii negativnyh rasstrojstv pri shizofrenii i zabolevaniyah shizofrenicheskogo spektra. *Psihiatriya*. 2016;(72):5–19. (In Russ.).
- Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophr. Bull.* 2008;36(2):359–369. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Fursov B.B. Problema motivacii i ee narushenij pri shizofrenii. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2012;22(4):91–100. (In Russ.).
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014;130(4):290–299. <https://DOI.org/10.1111/acps.12289>
- Alfimova M.V., Lezhejko T.V., Bolgov M.I., Tihonov D.V., Golimbet V.E. Samoocenka gedonicheskikh i aktivacionnyh aspektov motivacii pri shizofrenii i ee svyaz' s negativnymi simptomami. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2017;3:10–18. (In Russ.).

11. Milev P., Ho B., Arndt S., Andreasen N. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(3):495–506. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
12. Foussias G., Mann S., Zakzanis K., van Reekum R., Remington G. Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophr. Res.* 2009;115(2–3):333–337. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2009.09.020>
13. Galderisi S., Bucci P., Mucci A. et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophr. Res.* 2013;147(1):157–162. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
14. Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr. Res.* 2015;166(1–3):9–16. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
15. Reddy L., Llerena K., Kern R. Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophr. Res.* 2016;176(2–3):462–466. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
16. Холзакова Н.Г. Частичная утрата (стойкое снижение) трудоспособности при шизофрении. В книге: Проблемы пограничной психиатрии. Москва; 1935:50–53.
17. Балашова Л.Н. Некоторые типы ремиссии и дефекты психики при шизофрении с благоприятным течением (в связи с задачами трудоустройства). В сб.: Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М.: Медгиз; 1958.
18. Поляков Ю.Ф., Критская В.П., Мелешко Т.К. Патология психической деятельности при шизофрении, мотивация, общение, познание. М.; 1991:168.
19. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах. Диагностика, клиника, терапия. СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический им. В.М. Бехтерева; 2008:288.
20. Barch D., Treadway M., Schoen N. Effort, anhedonia, and function in schizophrenia: Reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment. *J. Abnorm. Psychol.* 2014;123(2):387–397. <https://DOI.org/10.1037/a0036299>
21. Treadway M., Peterman J., Zald D., Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2015;161(2–3):382–385. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.11.024>
22. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963:198.
23. Mauz F. Die prognostic der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme; 1930.
24. Marin R. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(1):22–30. <https://DOI.org/10.1176/ajp.147.1.22>
- Milev P., Ho B., Arndt S., Andreasen N. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(3):495–506. <https://DOI.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
- Foussias G., Mann S., Zakzanis K., van Reekum R., Remington G. Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophr. Res.* 2009;115(2–3):333–337. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2009.09.020>
- Galderisi S., Bucci P., Mucci A. et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophr. Res.* 2013;147(1):157–162. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
- Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr. Res.* 2015;166(1–3):9–16. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
- Reddy L., Llerena K., Kern R. Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophr. Res.* 2016;176(2–3):462–466. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2016.08.006>
- Holzakova N.G. Chastichnaya utrata (stojkoe snizhenie) trudospobnosti pri shizofrenii. V knige: Problemy pograničnoj psichiatrii. Moskva; 1935:50–53. (In Russ.).
- Balashova L.N. Nekotorye tipy remissij i defekty psihiki pri shizofrenii s blagopriyatnym techeniem (v svyazi s zadachami trudoustrojstva). V sb.: Voprosy kliniki, patogeneza i lecheniya shizofrenii. M: Medgiz; 1958. (In Russ.).
- Polyakov Yu.F., Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patologiya psihicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshchenie, poznanie. M.; 1991:168. (In Russ.).
- Ivanov M.V., Neznakov N.G. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri ehndogennyh psihozah: Diagnostika, klinika, terapiya. SPb.: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Bekhtereva; 2008:288. (In Russ.).
- Barch D., Treadway M., Schoen N. Effort, anhedonia, and function in schizophrenia: Reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment. *J. Abnorm. Psychol.* 2014;123(2):387–397. <https://DOI.org/10.1037/a0036299>
- Treadway M., Peterman J., Zald D., Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2015;161(2–3):382–385. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.11.024>
- Melekhov D.E. Klinicheskie osnovy prognoza trudospobnosti pri shizofrenii. M.; 1963:198. (In Russ.).
- Mauz F. Die prognostic der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme; 1930.
- Marin R. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(1):22–30. <https://DOI.org/10.1176/ajp.147.1.22>

25. Schmidt G., Park G., Keeney J., Ghuman S. Job Apathy: Scale Development and Initial Validation. *J. Career Assess.* 2015;25(3):484–501. <https://DOI.org/10.1177/1069072715599536>
26. Chase T. Apathy in Neuropsychiatric Disease: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment. *Neurotox Res.* 2010;19(2):266–278. <https://DOI.org/10.1007/s12640-010-9196-9>
27. Radakovic R., Stephenson L., Colville S., Swingle R., Chandran S., Abrahams S. Multidimensional apathy in ALS: validation of the Dimensional Apathy Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2015;87(6):663–669. <https://DOI.org/10.1136/jnnp-2015-310772>
28. Mündt Ch. Residual Apathiesyndrom der Schizophrenen. Ergebnisse einer psychopathologischen Langzeitstudie. *Nervenarzt.* 1983;54(3):131–138.
29. Симсон Т.П. О шизоидных истериках. В кн.: I Всероссийский съезд по психоневрологии. М.; 1923:9–15.
30. Sjöbring H. Personality structure and development: A model and its application. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1973;Suppl:204–244.
31. Schneider K. Die psychopatischen Persönlichkeiten. Wien; 1940:104.
32. Ernst K. Die Prognose der Neurosen. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie.* Berlin; 1959:118.
33. Weitbrecht H.U. Die chronische depression. *Wien Z. Nervenheilk.* 1967;24:265.
34. Смулевич А.Б., Германова К.Н., Читлова В.В. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2016;116(5):4–12. <https://DOI.org/10.17116/jnevro2016116514-12>
35. Conrad K. Die Beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme: Stuttgart; 1958:315.

Жилин Виктор Олегович, аспирант, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Лобанова Вероника Маратовна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Воронова Евгения Ивановна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, доцент, ФГБНУ НЦПЗ; ГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

E-mail: voronova_e@mail.ru

Victor O. Zhilin, postgraduate student, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

Veronika M. Lobanova, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Evgenia I. Voronova, Cand. of Sci. (Med.), leading researcher, assistant professor, FSBSI «Mental Health Research Centre»; FSANEI HE I.M. Sechenov First MSU MOH, Moscow, Russia

E-mail: voronova_e@mail.ru