

УДК 616.895.8

Типология астенических расстройств в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении**Typology of Asthenic Disorders in Attack-Like Progressive Schizophrenia in Remission**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-2-16-22>**Якимец А.В.**

ФКУ «Орловская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, Орел, Россия

Yakimets A.V.

FSI «Oryol Mental Health Facility with Intensive Care» Ministry of Public Health, Oryol, Russia



16

Актуальность настоящего исследования определяется отсутствием в современных систематиках и классификациях психических заболеваний четких дифференциально-диагностических критериев эндогенной астении, что существенно затрудняет адекватную квалификацию, диагностическую и прогностическую оценку и влияет на выбор терапии данных состояний.

Цель исследования: изучить психопатологические особенности астенических расстройств в стадии ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Материал и методы: обследовано 63 пациента мужского пола в возрасте 23–58 лет с диагнозом приступообразно-прогредиентной шизофрении в стадии ремиссии (не менее 6 месяцев) с преобладанием в клинической картине астенических расстройств. Применялись следующие методы: клинко-психопатологический, психометрический (с использованием шкал PANSS, SANS, CDSS, VAS-A, MFI-20), статистический.

Результаты: на основании детального анализа астенической симптоматики выделено два типа эндогенной астении: аффективно-астенический тип ($n = 22$; 34,9%) и негативно-астенический тип ($n = 41$; 65,1%). Негативно-астенический тип включал в себя два подтипа: I подтип — негативно-астенический классический ($n = 35$; 55,6%), II подтип — негативно-астенический со сверхценными ипохондрическими идеями ($n = 6$; 9,5%).

Выводы: выделение нескольких типов астенических расстройств в ремиссии эндогенного процесса является значимым в плане синдромальной диагностики, что может послужить одним из факторов, позволяющих уточнить прогноз течения заболевания.

Ключевые слова: шизофрения; ремиссия, астения; типология.

Для цитирования: Якимец А.В. Типология астенических расстройств в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении. *Психиатрия*. 2019;17(2):16–22.

Конфликт интересов отсутствует

The relevance of this study is defined by the absence of clear differential and diagnostic criteria of endogenous asthenia in modern systematics and classifications of mental illnesses which significantly complicates appropriate qualification, diagnostic understanding, preliminary assessment and therapy of these conditions.

The purpose of the study: the research of psychopathological characteristics of asthenic disorders in patients with attack — like progressive schizophrenia in remission.

Material and methods: 63 male patients aged 23–58 with attack — like progressive schizophrenia in remission (at least 6 months), with asthenic disorders prevailing in clinical picture, were examined. During the examination, the following methods were used: clinico-psychopathological, psychometric (with the use of scales PANSS, SANS, CDSS, VAS-A, MFI-20), statistical.

Results: based on the detailed analysis of asthenic symptomatology, its clinical heterogeneity in asthenic symptoms was revealed. It allowed to allocate two types of endogenous asthenia: affective-asthenic type ($n = 22$; 34,9%) and negative-asthenic type ($n = 41$; 65,1%), which included two subtypes: the 1st subtype — negative-asthenic classical ($n = 35$; 55,6%), the 2nd subtype — negative-asthenic with overvalued hypochondriac ideas ($n = 6$; 9,5%).

Conclusions: The allocation of several types of asthenic disorders in remission in the course of endogenous process is significant in respect of syndrome-based diagnostic assessment and could serve as a factor enabling to specify the disease prognosis.

Keywords: schizophrenia; remission; asthenia; typology.

For citation: Yakimets A.V. Typology of Asthenic Disorders in Attack-Like Progressive Schizophrenia in Remission. *Psychiatry*. 2019;17(2):16–22.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Феноменология астенических расстройств, развивающихся в рамках течения шизофренического процесса, наиболее подробно изложена в работе D. Dimitrijevic (1952) [1]. Астения при шизофрении, как правило, носит стойкий характер. Астенический симптомокомплекс различной степени выраженности может формироваться на любом этапе заболевания — как в продромальном периоде [2, 3], в дебюте болезненного процесса [4], на манифестном этапе [5], так и в ремиссии [6–10] или в период стабилизации процесса, когда речь идет о резидуальных состояниях с так называемым астеническим дефектом [11–13]. Астеническому симптомокомплексу при приступообразной шизофрении посвящены труды Э.Я. Штернберга, который описал его основные клинические проявления и назвал данное состояние «хроническая прогрессивная астения» [14]. Относительно мало исследований касаются феноменологии астении, выявляемой в структуре ремиссий и резидуальных состояний при шизофрении [6, 7, 11].

На поздних этапах течения эндогенного процесса астения формируется в рамках негативных симптомокомплексов и проявляется целым рядом симптомов: расстройствами когнитивной сферы, снижением жизненного тонуса, изменением ощущения собственного тела (козностезии), либо проявлениями так называемой «соматопсихической хрупкости» [15]. По данным разных авторов, в рамках ремиссии шизофрении астенический тип наблюдается у 10–20% пациентов [16, 17]. В то же время клинические проявления эндогенной астении могут обнаруживаться уже в продромальном периоде болезни [2, 3]. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных клинике и психопатологии эндогенной астении, в настоящее время практически отсутствуют подробные описания и классификации астенических расстройств при шизофрении в стадии ремиссии, что часто приводит к ошибкам в диагностике и терапии, а отсутствие специфических параклинических методов, используемых в диагностике астении, еще более осложняет ситуацию.

Кроме того, обращает на себя внимание отсутствие в современных систематиках и классификациях психических заболеваний четких дифференциально-диагностических критериев эндогенной астении, что существенно затрудняет адекватную квалификацию, диагностическое понимание, прогностическую оценку и терапию данных состояний. Все вышесказанное определяет высокую степень актуальности настоящего исследования.

ЦЕЛЬ

Изучение клинко-психопатологических особенностей астенических расстройств у больных приступообразно-прогрессивной шизофренией в стадии ремиссии и разработка типологии данных состояний.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты, находящиеся на лечении более одного года в ФКУ «Орловская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, г. Орел (главный врач — А.В. Шпак). Исследование проведено совместно с отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель — акад. А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ, Москва (директор — проф. Т.П. Ключник).

Использованы следующие критерии включения: мужской пол пациентов; возраст от 23 до 58 лет; диагноз приступообразно-прогрессивной шизофрении; стадия ремиссии (не менее 6 мес.); наличие в клинической картине астенических расстройств; стабильность антипсихотической терапии в течение 2 мес. и более. Критериями невключения были выраженные признаки нейролептического синдрома; астения при злоупотреблении психоактивными веществами; наличие тяжелого или умеренного депрессивного состояния; наличие сопутствующих соматических или неврологических заболеваний в стадии декомпенсации.

Обследовано 63 пациента мужского пола в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $41,9 \pm 9,46$ года) с приступообразно-прогрессивной формой шизофрении в стадии ремиссии. Средний возраст дебюта заболевания составил $22,2 \pm 4,2$ года, средняя длительность заболевания — $18,9 \pm 9,5$ года. В обследованной группе у большинства больных (36 чел.; 57,1%) длительность заболевания составила более 15 лет, у 7 больных (11,1%) — от 10 до 15 лет, у 11 (17,5%) — от 5 до 10 лет и у 9 (14,3%) — менее 5 лет. Клиническая картина предшествующего ремиссии приступа была представлена преимущественно острой параноидной симптоматикой (34 чел.; 54,0%), кроме того, имели место приступы аффективно-бредовые (24 чел.; 38,1%) и острые парафренические приступы (5 чел.; 7,9%).

В рамках нозологической оценки всем больным был выставлен диагноз приступообразно-прогрессивной формы шизофрении, который в современной международной классификации болезней (МКБ-10) соответствует диагностическим критериям шизофрении с эпизодическим типом течения и нарастающим или стабильным дефектом (по МКБ-10 — F20.x1; F20.x2). Для верификации ремиссии использованы стандартизированные критерии N.C. Andreasen и соавт. (2005), согласно которым у пациента должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены восемь симптомов шкалы PANSS (показатель менее 3) на протяжении 6 мес. [18]. Более короткий временной критерий ремиссии был бы недостаточным для подтверждения стойкой и стабильной редукции позитивной симптоматики.

В соответствии с клиническими показаниями всем пациентам проводилась терапия нейролептиками и атипичными антипсихотиками, которая оставалась стабильной в течение двух месяцев и более. У боль-

шинства пациентов (33 чел.; 52,4%) применялся галоперидол деканоат, в других случаях использовались такие типичные нейролептики, как непролонгированные формы галоперидола (4 чел.; 6,3%), трифлуоперазин (32 чел.; 2%), и атипичные антипсихотики — рисперидон (7 чел.; 11,1%), клозапин (5 чел.; 7,9%), кветиапин (11 чел.; 17,5%), азенапин (1 чел.; 1,6%).

В исследовании применялись следующие методы: клинико-психопатологический, психометрический (с использованием шкал PANSS, SANS, CDSS, VAS-A, MFI-20), статистический.

Исследование соответствовало положениям Хельсинкской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 335 от 14.02.2017 г.). У каждого пациента получено добровольное информированное согласие.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании клинико-психопатологического обследования у всех больных были диагностированы состояния, содержащие признаки астении с преобладанием различных проявлений, таких как ослабление или утрата способности к продолжительному умственному напряжению, невозможность сосредоточиться на чем-либо одном, трудность словесного выражения переживаний («не удается подобрать нужные слова»), снижение психической активности и затруднения при выполнении элементарных видов умственного труда, субъективное ощущение усталости и разбитости, жалобы на трудности концентрации внимания и усвоения информации, повышенную психическую утомляемость. Наряду с истощаемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности наблюдалась раздражительная слабость с эмоциональной лабильностью и реакциями недовольства. Больные легко теряли самообладание, становились раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми без видимой на то причины. Нередко радостные события влекли за собой появление слез.

Имели место нарушения сна: преимущественно трудности засыпания — 30,2% (19 чел.); поверхностный сон с обилием сновидений — 17,5% (11 чел.); пробуждение среди ночи с затруднением последующего засыпания — 9,5% (6 чел.); раннее пробуждение — 42,9% (27 чел.); отсутствие сна в ночное время — 7,9% (5 чел.). В беседе с врачом больные жаловались на отсутствие сна в ночное время, ощущение утренней усталости и утомленности, хотя по наблюдениям среднего медицинского персонала ночью больные спали без пробуждения, а чувство сонливости в дневное время объясняли чрезмерными физическими и/или психическими нагрузками.

Типичным признаком астении у изученных больных являлась малая связь астенических проявлений с внешними воздействиями или интенсивностью труда паци-

ента, что соответствовало так называемому «принципу несоответствия», описанному ранее Я.П. Фрумкиным и И.Я. Завилянским [19]. Характерным было отчетливое снижение продуктивности при выполнении интеллектуальных заданий (например, батареи психологических тестов), в то время как умеренная физическая нагрузка (зарядка, прогулка) часто улучшала состояние больных.

У 54 больных (85,7%) в картине астенического симптомокомплекса отмечались выраженные вегетативные расстройства: головная боль, головокружение, ощущение тяжести в голове, колебания артериального давления и пульса, диспепсия, легкость покраснения или побледнения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость, также имела место усиленная локальная потливость (ладони, стопы, подмышечные впадины).

При детальном клинико-психопатологическом анализе вышеперечисленной симптоматики были выделены два типа эндогенной астении: **аффективно-астенический тип** ($n = 22$; 34,9%) и **негативно-астенический тип** ($n = 41$; 65,1%), который включал в себя два подтипа: 1-й подтип — **негативно-астенический классический** ($n = 35$; 55,6%), 2-й подтип — **негативно-астенический со сверхценными ипохондрическими идеями** ($n = 6$; 9,5 %).

I тип, так называемый **аффективно-астенический** ($n = 22$; 34,9%), развивался в рамках депрессии с выраженными астеническими проявлениями. У большинства пациентов объективно наблюдалась физическая истощаемость — 63,6% (14 чел.), тогда как интеллектуальная нагрузка переносилась легче, и умственная/психическая истощаемость объективно была диагностирована у 36,4% (8 чел.). Больные предъявляли жалобы астенического характера: на повышенную утомляемость — 86,4% (19 чел.); чувство пассивности/вялости — 22,7% (5 чел.); недержание аффекта — 81,8% (18 чел.); сенситивность и ранимость — 45,5% (10 чел.); плаксивость — 27,3% (6 чел.). Отмечался астенический ментизм — 40,9% (9 чел.); оценка малозначительных событий как психотравмирующих — 77,3% (17 чел.); трудность адаптации в нестандартных условиях — 63,6% (14 чел.).

При детальном анализе психопатологических симптомов выявлялись те или иные признаки депрессии: нечеткие суточные колебания состояния с улучшением к вечеру и присутствие, хотя и стертого, тимического компонента депрессии были отмечены у всех больных данного типа. Наблюдались также пессимистическое содержание господствующих представлений при внешней безучастности больных — 86,4% (19 чел.), идеи самообвинения и малоценности — 45,6% (10 чел.), пассивные суицидальные мысли («хорошо бы все быстрее закончилось»; «жизнь не сложилась»; «вот бы заснуть и не проснуться» и т.д.) — 13,3% (3 чел.); признаки идеаторного торможения — 81,8% (18 чел.); отдельные проявления моторного компонента депрессии (медлительность, неловкость, угловатость, неточность тонких

движений) — 90,9% (20 чел.). Имеющиеся у большинства больных признаки повышенной рефлексии с ощущением своей измененности сочетались с возможностью анализа наступивших с ними перемен — 72,7% (16 чел.). Отмечались появляющиеся на фоне преобладающего безразличия кратковременные эпизоды тоскливого настроения — 63,6% (14 чел.), эпизоды повышенной раздражительности — 40,9% (9 чел.). Апатия и другие аффективные компоненты депрессии (тревога, адинамия, психическая анестезия и т.д.) были представлены в жалобах больных.

Вышеперечисленную симптоматику дополняли вегетативные расстройства: головная боль — 59,1% (13 чел.); головокружение — 36,4% (8 чел.); тяжесть в голове — 27,3% (6 чел.); колебания артериального давления — 45,5% (10 чел.); тахикардия/брадикардия — 31,8% (7 чел.); гипергидроз — 31,8% (7 чел.); повышенная зябкость — 22,7% (5 чел.); диспепсические расстройства — 36,4% (8 чел.); полиурия/дисурия — 18,2% (4 чел.). Важно отметить, что основную массу жалоб больные предъявляли в утреннее время, при этом интенсивность головной боли описывали как умеренную, а повышение показателей артериального давления подтверждалось при утреннем мониторинговании.

При анализе нарушений сна у данного типа больных было обнаружено, что доминирующее место занимает ранее пробуждение — 77,3% (17 чел.), несмотря на то что возникали и трудности с засыпанием — 54,5% (12 чел.). Сон был поверхностный с обилием сновидений — 36,4% (8 чел.), кроме того, 4 пациента (18,2%) просыпались среди ночи и такое же количество больных предъявляли жалобы на отсутствие чувства сна.

Пациенты были склонны чрезмерно реагировать на промахи, погрешности при выполнении тестов на внимание («Расстановка чисел», «Поиск чисел», «Таблицы Шульте» и др.), что приводило к ощущению несостоятельности и неуверенности в себе. Для выполнения рутинных умственных нагрузок были необходимы значительные волевые усилия.

Следует отметить, что выполнение привычных задач у пациентов данной группы вызывало значительно меньше затруднений, чем реализация новых и нестандартных требований, при этом выраженная эмоциональная реакция на несостоятельность еще более ухудшала выполнение новых заданий.

У пациентов этой группы частота и интенсивность жалоб на несостоятельность в физической и умственной деятельности значительно преобладала над реальными показателями достижений в данных областях. Выявлена непереносимость физических нагрузок у 81,8% (18 чел.), в то время как умственная нагрузка обычно не сопровождалась явным дискомфортом. Были обнаружены единичные нарушения мышления в виде склонности к рассуждательству — 4,5% (1 чел.), витиеватости мышления — 4,5% (1 чел.), разноплановость — 4,5% (1 чел.), единичные шперрунги — 4,5% (1 чел.).

Для астенического симптомокомплекса были характерны и когнитивные расстройства, которые затрагивали психические познавательные процессы — внимание и память: снижение концентрации внимания — 40,9% (9 чел.); повышенная истощаемость внимания — 36,4% (8 чел.); нарушение краткосрочной памяти — 13,6% (3 чел.); нарушение скорости обработки информации — 22,7% (5 чел.).

У пациентов данной типологической группы течение астении отличалось особенностями динамики в течении суток: ухудшение состояния в утренние часы с обилием жалоб астенического характера (ощущение утренней усталости и утомленности — 72,7% (16 чел.)) и постепенное улучшение самочувствия к вечеру.

Астенические расстройства I типа были достаточно стойкими и лишь усиливались в периоды гипотимии, в то время как симптомы депрессии имели сезонные колебания.

II тип эндогенной астении, названный **негативно-астеническим**, наблюдался в двух третях случаев ($n = 41; 65,1\%$). В клинической картине на первый план также выступала астеническая симптоматика, но при детальном психопатологическом обследовании выявлялось преобладание негативных расстройств различной степени выраженности. К ним отнесены проявления эмоциональной нивелировки с рациональной оценкой окружающего (58,5%), нарастающего аутизма (90,2%), психопатоподобных изменений личности по типу фершробен (7,3%), апатии (43,9%), абулии (17,1%), причем последние три вида расстройств выявлялись в статусе, но не были предметом жалоб пациентов. Отличительной особенностью эндогенной астении II типа являлось доминирование умственной/психической истощаемости, которая наблюдалась у 82,9% больных, над физической истощаемостью, обнаруженной в 41,5% случаев. Кроме того, снижение активности у большинства больных характеризовалось преобладанием в психическом статусе вязкости, замедленности, безынициативности, несамостоятельности в 65,9% наблюдений и в 34,1% случаев сочеталось с общей монотонностью внешнего облика, со стереотипностью мимики и моторики — 26,8%, с ригидностью психических функций — 34,1%, при этом отсутствовали какие бы то ни было признаки гипотимии.

Больные данной типологической группы при подробном расспросе предъявляли жалобы в основном на умеренно выраженное чувство пассивности и вялости (68,3%) и, как правило, избегали сообщать об этом окружающим (58,5%).

Вегетативная симптоматика была менее выражена по сравнению с аффективно-астенической группой: головная боль — 43,9% (18 чел.); головокружение — 12,2% (5 чел.); тяжесть в голове — 12,2% (5 чел.); колебания артериального давления — 22,0% (9 чел.); тахикардия/брадикардия — 17,1% (7 чел.); гипергидроз — 7,3% (3 чел.); повышенная зябкость — 4,9% (2 чел.); диспепсические расстройства — 12,2% (5 чел.); полиурия/дисурия — 4,9% (2 чел.).

Анализ пресомнических, интрасомнических и постсомнических расстройств у пациентов негативно-астенического типа показал, что раннее пробуждение было свойственно больным в 24,4%, но в целом расстройства сна были менее выражены. Только немногие больные жаловались на поверхностный сон с обилием сновидений (7,3%); пробуждение среди ночи и трудностью последующего засыпания (4,9%); отсутствие чувства сна (2,4%).

Собственно астеническая симптоматика проявлялась недостаточным, поверхностным осмыслением заданий при выполнении психологических тестов (87,8%), недостаточной умственной продуктивностью (78,0%), когнитивными нарушениями в виде снижения концентрации внимания (58,5%), повышенной истощаемостью внимания (65,9%), нарушениями краткосрочной памяти (19,5%), нарушениями скорости обработки новой информации (46,3%).

Учитывая, что ядерным признаком любого типа дефекта, формирующегося при шизофрении, признается когнитивное снижение [20] и на основании анамнестических сведений о редукции энергетического потенциала в 36,5% наблюдений, нарастании аутизма у 90,2% больных с отгороженностью от окружающего и враждебным отношением к родным и знакомым в 22,0% случаев, утратой прежних интересов в 82,9% наблюдений, можно обоснованно утверждать, что в течение заболевания у больных негативно-астенического типа отмечается тенденция к постепенному нарастанию явлений астенического дефекта.

Кроме того, у больных данной группы выявлялись расстройства мышления, такие как астенический ментизм (9,8%), и более выраженные по сравнению с I группой нарушения в виде единичных шперрунгов (12,2%), витиеватости мышления (24,4%), склонности к рассуждательству (22,0%), разноплановости мышления (17,1%).

В данной типологической группе также были выявлены суточные особенности в проявлениях выраженности астении. При относительно удовлетворительном самочувствии утром отмечалось постепенное в течение дня ухудшение состояния с пиком симптоматики в вечернее время — 82,9% (34 чел.). Ухудшение состояния часто было связано с интеллектуальными нагрузками и непереносимостью умственного напряжения — 82,9% (34 чел.).

Следует отметить, что у 14,6% больных психическое состояние характеризовалось обилием жалоб и сосредоточенностью на своих ощущениях и переживаниях, что свидетельствовало о неоднородности психопатологической картины эндогенной астении II типа. Выявленная клиническая неоднородность психического состояния у больных с негативно-астеническим типом позволила выделить два подтипа астенических расстройств.

1-й подтип II типа — негативно-астенический классический ($n = 35$; 55,6%), в котором негативно-астеническая симптоматика не сочеталась с дру-

гими психопатологическими проявлениями. Астенические симптомы носили стойкий и монотонный характер и не зависели от времени года.

2-й подтип II типа — негативно-астенический со сверхценными ипохондрическими идеями ($n = 6$; 9,5%). В психическом статусе выявлялось сверхценное отношение больных к собственному здоровью. В клинической картине отмечалось отчетливое несоответствие обилия «астенических» жалоб поведению, в котором наблюдалась монотонная стеничность (83,3%) многоречивость (66,7%), настойчивость с требованиями повышенного внимания со стороны медперсонала и бесед с врачом (83,3%). Все пациенты данного подтипа настаивали на дополнительных обследованиях и консультациях специалистов узкого профиля, преимущественно при осмотре их терапевтом и неврологом. При длительном, порой многочасовом изложении разнообразных жалоб у пациентов не отмечалось признаков утомления. Таким образом, истинной истощаемости при исследовании психического статуса больных не выявлялось. Следует отметить, что отсутствие сопряженности между интенсивностью фоновой астении и выраженностью ипохондрических переживаний является важным дифференциально-диагностическим критерием эндогенной астении [21].

Важно подчеркнуть, что в этой группе пациентов ($n = 6$) жалобы на физическую утомляемость преобладали и были сфокусированы на телесном недомогании и физической тяжести, общем бессилии. Помимо этого, имели место болевые ощущения разной степени выраженности (миалгии, головные боли, кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии). В то же время при объективном обследовании (проверка толерантности к физическим нагрузкам в тренажерном зале) достоверных признаков преобладания физической астении не выявлялось. Даже после незначительных интеллектуальных нагрузок на первый план в статусе больных выступали выраженные нарушения мышления — соскальзывания, единичные шперрунги, разноплановость и витиеватость мышления, склонность к рассуждательству, критики которых не было. Ощущение постоянной усталости, переутомления не проходило у пациентов даже после длительного периода отдыха. Они были убеждены, что даже минимальное физическое усилие обязательно приведет к усугублению чувства усталости, появлению «колоссальной утомляемости» и усилению других симптомов (например, сопутствующих вегетативных нарушений). Несмотря на то что пациенты выглядели недовольными, хмурыми, депримируемыми, никто из них не жаловался на пониженное настроение.

Полученные результаты согласуются с другими исследованиями и подтверждают наличие астенической симптоматики при шизофрении в период ремиссии [6, 7, 9, 16, 17].

В то же время значимым и новым является выявление неоднородности клинической картины и связи астенических расстройств с аффективной, ипохондрической и негативной симптоматикой. Нам не удалось

обнаружить детальных исследований в аналогичных направлениях за последние годы в доступной нам литературе. Полученные данные могут быть использованы в дальнейших клинических и клинико-биологических исследованиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного психопатологического изучения исследуемой когорты пациентов была выявлена клиническая неоднородность астенических расстройств, наблюдающихся в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, что позволило выделить два типа эндогенной астении: аффективно-астенический и негативно-астенический. Аффективно-астенический тип характеризуется преобладанием физической истощаемости над психической, признаками гипотимии, выраженностью вегетативных расстройств, наличием жалоб на свое состояние

и критического отношения к нему при умеренной представленности специфических процессуальных нарушений мышления. Негативно-астенический тип характеризуется преобладанием психической истощаемости над физической, отсутствием признаков гипотимии, слабой выраженностью вегетативных расстройств, отсутствием у большинства больных жалоб на свое состояние и критического отношения к нему при значительной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоционального снижения. Часть больных негативно-астенического типа имела в психическом статусе проявления сверхценной ипохондрии с обилием жалоб соматоневрологического характера.

Выделение нескольких типов астенических расстройств в ремиссии эндогенного процесса является значимым в плане синдромальной диагностики, что может послужить одним из факторов, позволяющих уточнить прогноз течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dimitrijevicz A. Schizoasthenia. Sarajevo, 1952.
2. Гиляровский ВА. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М.-Л.: Биомедгиз; 1935. [Gilyarovskii VA. Psikhatriya. Rukovodstvo dlya vrachei i studentov. M.-L.: Biomedgiz; 1935. (In Russ.)].
3. Glatzel J. Autochtone Asthenien. *F. Neurol. Psychiat.* 1972;8:596–619.
4. Олейчик ИВ. Синдром юношеской астенической несостоятельности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1998;98(2):13–19. [Olejchik I.V. Sindrom yunosheskoj astenicheskoy nesostoyatel'nosti. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova.* 1998;98(2):13–19. (In Russ.)].
5. Горчакова ЛН. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1988;88(5):76–82. [Gorchakova LN. Vyalotekushaya shizofreniya s preobladaniem astenicheskikh rasstrojstv. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. SS Korsakova.* 1988;88(5):76–82. (In Russ.)].
6. Морозов ВМ, Тарасов ЮК. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1951;51(4):44–47. [Morozov VM, Tarasov YuK. Some types of spontaneous remission in schizophrenia. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova.* 1951;20(4)44–47. (In Russ.)].
7. Зеневич ГВ. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. [Zenevich GV. Remissii pri shizofrenii. L.: Meditsina, 1964. (In Russ.)].
8. Коцюбинский АП, Скорик АИ, Аксенова ИО и др. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. СПб.: Гиппократ, 2004. [Kotsyubinskii AP, Skorik AI, Aksenova IO i dr. Shizofreniya: uyazvimost' — diatez — stress — zaboolevanie. SPb.: Gippokrat. 2004. (In Russ.)].
9. Морозов ВМ. Клиника ремиссий при шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.* 2008;(5):5–12. [Morozov VM. Clinic of remission in schizophrenia *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina.* 2008;(5):5–12. (In Russ.)].
10. Пантелеева ГП, Олейчик ИВ, Абрамова ЛИ и др. Клинические и патопсихологические аспекты формирования негативных личностных изменений в ремиссиях при приступообразной шизофрении на лечении нейролептиками разных поколений. *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.* 2015;11(2):62–69. [GP Panteleeva, IV Olejchik, LI Abramova i dr. Clinical and pathopsychological aspects of forming negative disorders in remissions of shift-like schizophrenia treated with different generations of neuroleptics. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. Korsakova.* 2015;11(2):62–69. <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro201511511262-69> (In Russ.)].
11. Мелехов Д.Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза). *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1981;(1):128–138. [Melekhov D.E. K probleme rezidual'nyh i defektnyh sostoyanij pri shizofrenii (v svyazi s zadachami klinicheskogo i social'no-trudovogo prognoza). *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova.* 1981;(1):128–138. (In Russ.)].
12. Иванов МВ, Незнанов НГ. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2008. [Ivanov MV, Neznakov NG. Negativnye i kognitivnye rasstrojstva pri endogennyh psihozah. SPb.: NIPNI im V.M. Bekhtereva; 2008. (In Russ.)].

13. Huber G. Reine Defects syndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1966;(34):409–442.
14. Штернберг ЭЯ. Хроническая прогрессирующая астения. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1961; 61(8):1268–1269. [Shternberg EYa. Chronic progressive asthenia. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 1961;61(8):1268–1269. (In Russ.)].
15. Внуков ВА. О дефекте при шизофреническом процессе. В сб.: Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М. 1937:466–470. [Vnukov V.A. O defekte pri shizofrenicheskom protsesse. V sb.: Trudy 2-go Vsesoyuznogo s"ezda psikiatrov i nevropatologov.M., 1937:466–470. (In Russ.)].
16. Потапов АВ, Дедюрина ЮМ, Ушаков ЮВ и др. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2010;20(3):5–12. [Potapov AV, Dedyurina YuM, Ushakov YuV i dr. Remissions in schizophrenia: results of a population and pharmacotherapeutic study. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* 2010;20(3):5–12. (In Russ.)].
17. Цюна АР, Влох ИЙ, Даниленко ЮМ. Психопатологична картина астенічного синдрому та порушення нейрокогнітивного функціонування при параноїдній шизофренії в стадії ремісії *Український Вісник Психоневрології.* 2011;19:2(67):71–73. [Ts'ona AG, Vlokh II, Danilenko YuM. Psichopatologicheskaya kartina astenicheskogo sindroma i narusheniya neirokognitivnykh funktsionirovaniya pri paranoidnoi shizofrenii v stadii remissii. *Ukrainskii Vestnik Psikhonevrologii.* 2011;19:2(67):71–73. (In Ukr.)].
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus. *Psychiatry.* 2005;162(3):441–449.
19. Фрумкин ЯП, Завилянский ИЯ. О «принципе соответствия» в диагностике психических заболеваний. В кн.: Актуальные вопросы психоневрологии. К.: Здоров'я; 1964:11–20. [Frumkin YaP, Zavilyanskii IYa. O «printsipe sootvetstviya» v diagnostike psikhicheskikh zabolevanii. V kn. Aktual'nye voprosy psikhonevrologii. K.: Zdorov'ya; 1964:11–20. (In Russ.)].
20. Бархатова АН. Проблемы определения понятия «дефект-симптомы» при шизофрении. *Психиатрия.* 2014;02(62):72–83. [Barkhatova AN. Problems of definition of the concept «defect-symptoms» in schizophrenia. *Psychiatry.* 2014;02(62):72–83. (In Russ.)].
21. Ранняя диагностика психических заболеваний. Под ред. Блейхера ВМ, Воронкова ГЛ, Бажина ЕФ. К. Здоров'я; 1989. [Rannyaya diagnostika psikhicheskikh zabolevanii. Pod red. Bleikhera VM, Voronkova GL, Bazhina EF. K. Zdorov'ya; 1989. (In Russ.)].

Информация об авторах

Якимец Анна Владимировна, врач-психиатр, ФКУ «Орловская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, Орел, Россия
E-mail: a.v.yakimets@mail.ru

Information about the authors

Anna V. Yakimets, psychiatrist, FSI «Oryol Mental Health Facility with Intensive Care» Ministry of Public Health, Oryol, Russia
E-mail: a.v.yakimets@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Якимец Анна Владимировна/Anna V. Yakimets
E-mail: a.v.yakimets@mail.ru