

Клинико-психопатологические особенности шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза

Голубев С.А.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: анализ долгосрочного течения и исходов шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, до настоящего времени является актуальной задачей. **Цель исследования:** определение клинико-психопатологических особенностей состояния больных юношеской шизофренией на этапе отдаленного катамнеза. **Материал и методы:** изучен катамнез 320 больных шизофренией с манифестацией в юношеском возрасте, впервые обратившихся в ПНД №1 г. Москвы с 1990 по 1994 г. (срок катамнеза 20–25 лет). Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический, психометрический (шкала PSP), статистический методы. **Результаты и их обсуждение:** в отдаленном катамнезе заболевания выделено три клинических типа состояний. Первый тип (49,4%) характеризовался преобладанием личностной динамики и включал в себя три разновидности: 1) состояния с проявлениями «первичного дефекта» в виде утрирования личностных черт (18,1%); 2) состояния с признаками «первичного дефекта» в виде искажения или транспозиции личностных черт (10,0%); 3) состояния с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта» (21,3%). Второй тип (24,7%) отличался преобладанием негативных расстройств и включал состояния с доминированием дефицитарных проявлений (14,1%) и состояния с доминированием псевдоорганической симптоматики (10,6%). К третьему типу (25,9%) отнесены состояния с актуальными позитивными и негативными расстройствами, включая изолированные негативные и резидуальные продуктивные расстройства (10,0%) и состояния с активной психотической симптоматикой (15,9%). **Выводы:** соотношение различных типов проявлений шизофренического процесса на этапе отдаленного катамнеза коррелирует с параметрами социально-трудового функционирования пациентов.

Ключевые слова: шизофрения; юношеский возраст манифестации; отдаленный катамнез; функциональный исход.

Для цитирования: Голубев С.А. Клинико-психопатологические особенности шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза. *Психиатрия*. 2019;17(4):25–37. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-25-37>.

Конфликт интересов отсутствует

Clinical and Psychopathological Patterns of Schizophrenia with Juvenile Onset at the Stage of Long-Term Follow-Up

Golubev S.A.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: analysis of the long-term course and outcomes of youth schizophrenia is still an actual problem. **Objective:** determination of clinical-psychopathological features of the condition of patients with youth schizophrenia in the long-term follow-up study. **Patients and methods:** presents the results of the long-term follow-up study of 320 patients with youth schizophrenia first applied in the PND N1 in Moscow from 1990 to 1994. Follow-up was 20–25 years. Clinical and psychopathological, follow-up, epidemiological and statistical methods, and also a psychometric method (PSP) were applied. **Results:** three types of follow-up outcomes were found. The first type with a predominance of personality dynamics (49,4%) included three variants: 1) predominance of the «primary defect» in the form of exaggeration of personality traits (18,1%); 2) predominance of the «primary defect» in the form of distortion or transposition of personality traits (10,0%); 3) the amalgamation of productive disorders in the structure of the «primary defect» (21,3%). The second type (24,7%) with actual negative disorders included states with the dominance of deficiency symptoms (14,1%) and states with the dominance of pseudo-organic symptoms (10,6%). The third type (25,9%) with relevant positive and negative disorders included cases with the isolated existence of productive and negative disorders («fragments psychotic») (10,0%) and states with active psychotics (15,9%). **Conclusions:** the found types of long-term follow-up outcomes were associated with social and labor functioning of patients.

Keywords: schizophrenia; youthful onset age; long-term follow-up; functional outcome.

For citation: Golubev S.A. Clinical and Psychopathological Patterns of Schizophrenia with Juvenile Onset at the Stage of the Long-Term Follow-Up. *Psychiatry*. 2019;17(4):25–37. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-25-37>.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы анализа долгосрочного течения и исходов шизофренического процесса, несмотря на наличие многочисленных исследований, не утрачивают своей актуальности [1; 2]. Данная ситуация обусловлена как необходимостью выявления предикторов клинко-динамической картины шизофрении на этапе отдаленного катамнеза, так и потребностью в определении характера социально-трудового функционирования пациентов [3; 4].

На современном этапе развития психиатрической науки общепризнано, что для получения репрезентативных сведений наиболее результативным является изучение сплошной когорты пациентов с использованием клинко-эпидемиологического подхода [5].

Необходимо отметить, что большинство современных исследований, посвященных изучению отдаленных этапов шизофренического процесса, проводилось на пациентах смешанных возрастных групп, манифестация заболевания у которых относилась к различным периодам жизни [6; 7]. При этом, учитывая высокую частоту манифестации шизофрении в юношеском возрасте, а также особенности ее клинической картины и течения, особо актуальным представляется изучение данных состояний на катамнестическом этапе [8].

Зачастую в практической деятельности оценка терапевтических и социальных возможностей пациента с диагнозом шизофрения базируется прежде всего на оценке степени выраженности негативных расстройств [9; 10]. Несмотря на то что негативные расстройства очевидно вносят существенный вклад в определение степени прогрессивности и обоснования различных форм эндогенного процесса, они не являются исчерпывающим пониманием клинической сути синдромом.

При этом, по мнению исследователей, состояния относительной стабилизации на отдаленных этапах течения эндогенного заболевания определяются соотношением относительно подвижных продуктивных психопатологических образований и более инертных психопатологических структур — дефицитарных расстройств, существующих во взаимодействии с личностью пациента [11].

Таким образом, ведущую роль приобретает сопоставление взаимовлияния двух психопатологических рядов — позитивного и негативного при формировании состояния стабилизации, в рамках которого необходимо также учитывать максимально возможное количество прочих интегративных параметров — связь данных расстройств с личностью пациента, характеристики процессуальной и постпроцессуальной динамики личности во взаимодействии с динамическим компонентом болезненного процесса [12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинко-психопатологических особенностей состояния больных шизофренией с манифе-

стацией заболевания в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза (20–25 лет).

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

В данной работе представлены некоторые результаты изучения отдаленного катамнеза (средняя длительность $22 \pm 3,4$ года) 367 пациентов, шизофренический процесс у которых манифестировал в юношеском возрасте (16–25 лет). Больные впервые обращались в ПНД №1 г. Москвы в период с 1990 по 1994 г. Из 367 больных на момент проведения катамнестического исследования 196 пациентов (53,4%) продолжали наблюдаться в ПНД, 12 человек (3,2%) сменили место жительства, 11 больных (3,0%) умерли, о 22 пациентах (6,0%) сведения отсутствовали. Лично автором обследованы 320 пациентов, был проведен детальный ретроспективный анализ их медицинской документации.

В процессе исследования был использован сплошной невыборочный метод, оценивались все пациенты, у которых был установлен и подтвержден диагноз шизофрении (по действовавшей в тот период МКБ-9). Кроме того, в исследование включались пациенты, которым был первоначально установлен так называемый реабилитационный диагноз при фактическом наличии признаков шизофренического процесса. Их численность составила 110 человек (34,4%), при этом у всех указанных больных в течение 5 лет от момента манифестации заболевания был подтвержден диагноз шизофрении.

Применялись клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, клинко-эпидемиологический и психометрический методы. В рамках психометрического метода с целью определения степени выраженности расстройств использовалась шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), для оценки уровня социального функционирования применялась шкала PSP (Personal and Social Performance Scale). Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 10.0. Для анализа статистической значимости различий количественных признаков использовался параметрический *t*-критерий Стьюдента, а также дисперсионный анализ различий. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Средний возраст больных на момент катамнестического обследования составил $46,7 \pm 11,0$ лет. Распределение по полу соответствовало имеющимся статистическим данным относительно общей популяции для данной возрастной группы: мужчины составили 46,8%, а женщины — 53,2% выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное катамнестическое изучение когорты больных с манифестацией шизофрении в юношеском возрасте показало, что можно говорить о континууме, где варианты взаимодействия компонентов позволили выделить ряд типичных клинических параметров

состояний, встречающихся на этапе отдаленного катамнеза.

При этом, на одном полюсе данного континуума находятся состояния, картина которых определяется в первую очередь постпроцессуальной динамикой личности с относительно высоким уровнем социально-трудовой адаптации, на другом полюсе — состояния, подверженные аутохтонной динамике, в рамках которых доминирующую роль играет персистирующая продуктивная психопатологическая симптоматика в сочетании с относительно стойкими расстройствами негативного полюса и существенно более низкими показателями социально-трудовой адаптации. Промежуточное положение в данном континууме заняли состояния, картина которых определяется преимущественно доминированием дефицитарной симптоматики на фоне фактического отсутствия или минимальной представленности ее динамических изменений на протяжении длительного времени. Отмечены существенные отличия по уровню социально-трудового функционирования: в то время как состояние некоторых больных можно было оценивать на уровне практического выздоровления с высоким уровнем адаптации, у других отмечалась стойкая утрата трудоспособности.

На основании полученных данных в рамках настоящего исследования была сформулирована рабочая гипотеза, в основу которой был положен принцип дифференцировки разновидностей состояния на этапе отдаленного катамнеза в зависимости от соотношения позитивных и негативных расстройств с учетом постпроцессуальной личностной динамики, подтвержденной при длительном наблюдении. Данное типологическое деление представлено на рис. 1.

Выделены три типа состояний, первый из которых — **состояния с преобладанием личностной динамики** — 158 больных (49,4%). Для этого типа было характерно преобладание явлений личностной постпроцессуальной динамики на фоне фактического отсутствия или рудиментарного характера продуктивной психопатологической симптоматики, сохраняющейся в стертом виде, а также разной степени представленности изменений негативного полюса. Он включал в себя три разновидности состояний.

Состояния с преобладанием «первичного дефекта» в виде утрирования личностных черт (58 больных; 18,1%) характеризовались преобладанием проявлений характерологического сдвига, выражающихся в усилении, утрировании характеристик личности, присущих ей на преморбидном этапе.

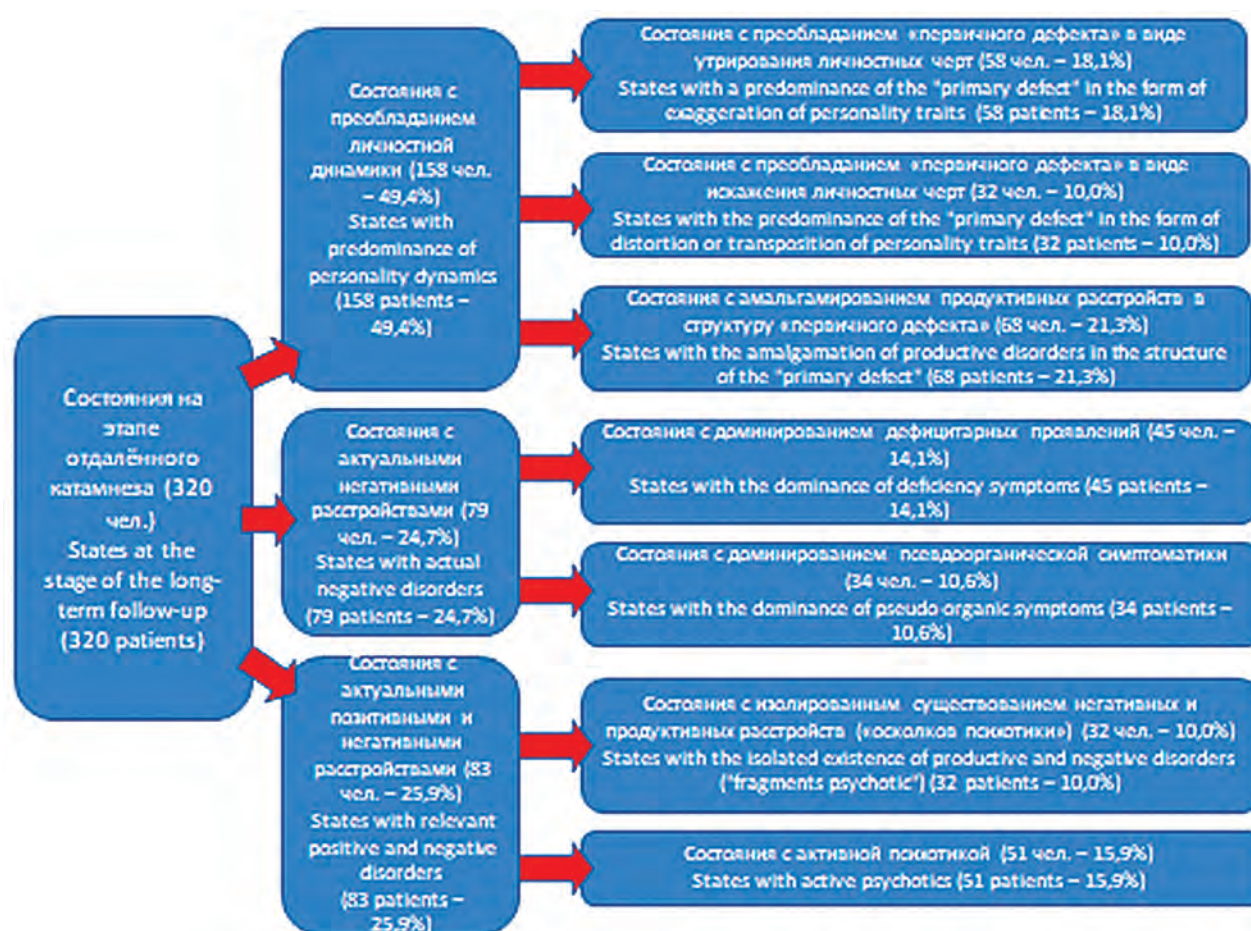


Рис. 1. Типологические варианты состояний на этапе отдаленного катамнеза

Fig. 1. Typological variants of States at the stage of long-term follow-up

Формирование псевдопсихопатических состояний по механизму характерологического сдвига протекало на фоне полной редукции продуктивных симптомов активного периода болезни. Клиническая картина этих состояний истощалась психопатоподобными нарушениями, сопоставимыми с аномалиями шизоидного круга.

Явления патохарактерологического сдвига были результатом модифицирующего влияния эндогенного процесса на этапе активного течения болезни, отражая преобладание в картине состояния гиперболизированных личностных черт, подобных доминирующим характерологическим аномалиям.

В большинстве случаев (35 больных; 10,9%) формировались состояния со «сменой личностных доминант» (по Е. Kretschmer, 1930) [13] и смещением патохарактерологических свойств к стеническому полюсу с усилением анестетических черт («гиперстенический» тип дефицита). Как следствие шизофренического процесса, происходило смещение психастенической пропорции, исчезали свойства ранее больному повышенная сензитивность, робость. Родственные связи из естественной потребности переходили в круг обязанностей. На первый план выступали повышенная самооценка, рассудочность, упрямство, капризность, раздражительность и вспыльчивость. Утрированная «правильность» суждений сочеталась с формализмом, не предусматривающим какой-либо переработки происходящих вокруг событий. Эмоциональное огрубение, снижение эмпатии к окружающим при этом воспринимались абсолютно органично, как элемент «взросления», «обретения опыта».

В ответ на экзогении, возможно, возникали кратковременные реактивные состояния истерической, астенической, депрессивной, ипохондрической структуры, в зависимости от радикала, преобладавшего в структуре поспроцессуальной личности.

В ряде случаев (23 больных; 7,2%) личностная динамика шла в основном по пути прогрессирующей аутизации. Формирование подобных состояний квалифицировалось как «астенический» тип дефицита. Следует отметить, что при данных состояниях, в отличие от описанного выше гиперстенического типа дефицита, помимо участия личностных девиаций, существенно выше была выраженность и удельный вес проявлений редукции энергетического потенциала.

В структуре личности происходила гипертрофия шизоидных черт, сопровождавшаяся «активной» аутизацией.

Отмечалось накопление проявлений, относившихся к полюсу ананкастных, тревожно-мнительных, усиление тревожного радикала с нарастанием сензитивных черт, психастенических проявлений. Пациенты отмечали повышенную утомляемость, чувство бессилия, ощущение растерянности и беспомощности в любых новых ситуациях, выходящих за рамки привычного жизненного стереотипа. Астенические проявления носили характер псевдоневрастения (по J. Berze, 1914) [14],

часто встречались деперсонализационные расстройства. Нарушения мышления не достигали глубокой степени выраженности, проявлялись в виде затруднения, бедности ассоциативных процессов (интеллектуальная астения). Происходило обеднение эмоциональной сферы, утрата эмпатии, прежних интересов. Формировалось избегание ответственности, социальная депривация, декларируемая как форма адаптации. При этом возникшие изменения субъективно воспринимались пациентами как ситуационно спровоцированные явления, возникшие в результате различных объективных причин — трудностей на работе, проблем в семье и т.д. Происходило снижение в сфере профессиональной деятельности, в ряде случаев — полная трудовая дезадаптация.

Состояния с преобладанием «первичного дефекта» в виде искажения или транспозиции личностных черт (32 больных; 10,0%) — в этих случаях свойственным являлся патологический характер постпроцессуального реагирования, когда происходило искажение базовых личностных характеристик и особенностей, нивелировка одних и искажение других черт, присущих на преморбидном этапе, с формированием вычурных сверхценных образований и патологических форм поведения. Преобладание изменений личностной девиации становится определяющим в клинко-психопатологической картине заболевания, кардинально изменяя доминирующую личность.

Наиболее часто (9 больных; 2,8% пациентов) клиническая картина была сходной с психопатическими состояниями — происходило нарастание эксплозивности, конфликтности, неуживчивости. На первый план выступали эгоцентризм, аффективная уплощенность, безразличное, но при этом требовательное отношение к окружающим. Отмечалась паралогичность мышления, манерность, дурашливость, склонность к нелепым поступкам.

При преобладании искажения личностных черт по типу «фершробен» (развитие по типу *Verschrobene* (8 больных; 2,5%)) происходило формирование вычурных, своеобразных сверхценных интересов и увлечений, которые можно было связать с определенной «компенсацией» утраченных в результате болезни возможностей, интересов и навыков, в том числе и в профессиональной сфере. Усилия и интересы были сосредоточены в области данных увлечений, например заключались в сборе странных коллекций или псевдонаучных изысканиях. При этом сами больные придавали своей деятельности крайне важное значение, негативно относились к попыткам разубеждения. В ряде случаев пациенты, сохранившие свой трудовой статус, концентрировали усилия на одном узком направлении своей деятельности, наделяя его неожиданной, зачастую причудливой трактовкой. Пациентам была свойственна гротескная манерность поведения, вычурность в одежде. В наиболее тяжелых случаях деятельность пациентов приобретала максимально однообразный и стереотипный характер, их состояние можно было

расценить как «дефект с явлениями монотонной активности» (по Д.Е. Мелехову, 1963) [15], которая сохранялась на фоне профессиональной несостоятельности, приобретая направленность на реализацию сверхценных увлечений, различных ритуалов и т.д.

В других случаях (5 больных; 1,6%) на первый план выступали явления эмоциональной холодности, трансформировались преморбидные установки и мотивы личности с нарастанием ригидности, разрушением морально-этических норм, нередко отмечалась склонность к девиантному поведению. Больных отличала возбудимость, гневливость, склонность к злобной дисфоричности. Им была свойственна патологическая лживость, расторможение влечений, гиперсексуальность, сопровождавшиеся отсутствием критики к собственному поведению («синдром дефектной эротомании» по А.Б. Смулевичу, 2018) [16].

В ряде случаев (6 больных; 1,9%) изменения личности формировались за счет накопления вычурных истерошизоидных черт («синдром злокачественной истерии») [17]. Отмечалась склонность к магическому мышлению, метафизическим рассуждениям гротескного характера. Больным была свойственна регрессивная синтонность, нарушения чувства дистанции и такта. Поведение характеризовалось манипулятивностью, утрированной демонстративностью, стремлением привлечь к себе и своему поведению внимание окружающих, шокировать их вычурностью собственного облика.

У некоторых пациентов (4 больных; 1,2%) картина состояния определялась формированием сверхценного ипохондрического комплекса («моральная ипохондрия» по J. Falret, 1866) [18], в котором определяющим являлось сверхценное стремление восстановить утраченный уровень доболезненного функционирования. Пациенты становились безразличными к нуждам близких, всецело концентрируясь на проблематике собственного психического заболевания, вынуждали их идти на существенные материальные затраты, требуя различного лечения.

В структуре всех перечисленных психопатоподобных состояний отмечались выраженные нарушения мышления, черты дезорганизации целенаправленной деятельности, апато-абулические проявления. В рамках данных состояний также наблюдались аффективные расстройства субдепрессивного или гипоманиакального уровня, приобретавшие затяжной характер, отличавшиеся стойкостью и монотонностью аффекта, которые «спаивались» с личностными особенностями, формируя «нажитую циклотимию» (по А.Б. Смулевичу, 2005) [19].

В личной и профессиональной сфере отмечались признаки дезадаптации, обусловленные падением уровня психической продуктивности, снижением профессионального уровня.

Состояния с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта» (68 больных; 21,3%) характеризовались слиянием

психотического опыта с личностью. Несмотря на исчезновение бредовых расстройств, сохранялись признаки того строя мыслей и сферы интересов, которые определялись прежними бредовыми построениями, что формировало своеобразное «мировоззрение» больного («амальгамирование» по В.С. Ястребову, 1987) [20], постпроцессуальная же динамика реализовывалась по механизму личностных изменений.

При формировании псевдопсихопатических состояний по механизму амальгамирования личностные особенности, подвергающиеся в процессе непрерывного течения болезни заметной акцентуации за счет усиления шизоидных черт, постепенно сливались с редуцирующимися позитивными расстройствами. Структура этих состояний, включающая наряду с выраженными шизоидными проявлениями, ригидностью и педантизмом склонность к сверхценным образованиям, по сравнению с уже рассмотренными выше психопатическими структурами, более сложна, так как консолидирована с девиациями гипертимического, ипохондрического или гипопараноического круга.

Подобные состояния описывались исследователями как развитие по типу «новой» (по W. Mayer-Gross, 1920) [21], «второй» (по J. Vie, 1935) [22] жизни, и могли приобретать разные формы в зависимости от доминирующего психопатологического радикала.

При ипохондрическом развитии личности (38 больных; 11,9%) происходило формирование стойкого ипохондрического радикала с элементами обсессивно-фобических расстройств, телесных сенсаций, утративших связь с исходной первопричиной и трансформирующихся в ипохондрическое развитие. Ипохондрическая фиксация сопровождалась тревожными опасениями за состояние собственного здоровья, усложнявшимися за счет присоединения расстройств деперсонализационного круга. При этом пациенты были безразличны к гигиене и собственному виду, зачастую санитарно запущены.

В тех случаях, когда превалировали изменения личности по типу паранойяльного развития (30 больных; 9,4%), происходила разработка и выход на передний план сутяжных установок. Формировались соответствующие структуре паранойяльных идей поведенческие стереотипы, направленные на поиск «справедливости», разрешение «конфликтных» ситуаций.

Обращало на себя внимание общее снижение продуктивности, тенденция к переоценке собственных возможностей на фоне ослабления мотивационной сферы. Происходило сужение круга контактов, на фоне гипертрофии эгоистических черт, отмечалось искажение психэстетической пропорции. Отмечались стойкие или преходящие нарушения адаптации, обусловленные дискордантностью темперамента, нарастали холодность, жестокость.

Больным были свойственны черты неустойчивой эмоциональности, тенденции к асоциальности, манипулятивному поведению. Психическая деятельность зачастую носила неравномерный характер.

Таблица 1. Описательная статистика данных PANSS, параметров и результаты дисперсионного анализа различий
Table 1. Descriptive statistics of PANSS data, parameters and variance analysis results

	Общий балл PANSS/Scale total PANSS	Позитивная подшкала PANSS/Positive scale PANSS	Негативная подшкала PANSS/Negative scale PANSS	Подшкала общей психопатологии PANSS/ General Psychopathology scale PANSS
I тип/Type 1				
Среднее/Average	51,2	9,2	15,2	26,8
Медиана/Median	50,5	9	15,5	27,5
Стандартное отклонение/Standard deviation	5,9	1,5	4,7	4,6
Минимум/Minimum	4,5	7	9	18
Максимум/Maximum	57	12	22	35
Число пациентов/Number of patients	158	158	158	158
II тип/Type 2				
Среднее/Average	69,1	10,8	26,4	31,9
Медиана/Median	69,5	11	24,5	32
Стандартное отклонение/Standard deviation	5,1	2,2	4,6	2,7
Минимум/Minimum	63	7	22	28
Максимум/Maximum	77	14	38	37
Число пациентов/Number of patients	79	79	79	79
III тип/Type 3				
Среднее/Average	75,7	17,1	23,5	35,1
Медиана/Median	74,5	16,5	24	35
Стандартное отклонение/Standard deviation	3,5	1,9	2,3	2,0
Минимум/Minimum	68	14	20	32
Максимум/Maximum	88	22	28	39
Число пациентов/Number of patients	83	83	83	83
P	0,000	0,000	0,0268	0,0003

Так, интеллектуальная сохранность могла сочетаться с нивелировкой эмоциональной сферы. Происходило выраженное снижение уровня социально-трудовой адаптации, при этом пациенты старались преуменьшить степень своего заболевания или «использовать» болезнь в своих целях, эксплуатируя окружающих.

Для решения вопроса о структуре отличий между выделенными типами был проведен дисперсионный анализ различий, как суммарных показателей, так и отдельных подшкал шкалы PANSS (табл. 1). В результате анализа было обнаружено, что клинико-психопатологическая оценка особенностей состояний соответствовала психометрическим данным и характеризовалось наличием статистически значимых ($p \leq 0,05$) различий показателей шкалы PANSS.

У пациентов с первым типом состояний были обнаружены наиболее низкие показатели общего балла PANSS, а также негативной, позитивной подшкал и подшкалы общей психопатологии, подтвердившие в процессе анализа свою статистическую достоверность.

При оценке уровня социального функционирования в рамках выделенного типа состояний с преобладанием личностной динамики в сравнении с другими выделенными типами было выявлено наличие статистически значимых отличий по таким показателям, как уровень образования, трудовая деятельность, семейное положение, наличие группы инвалидности, характер наблюдения в ПНД ($p \leq 0,01$).

Показатели социального функционирования при данном типе состояний были наиболее высокими,

многие пациенты имели незаконченное высшее и высшее образование, зачастую их трудовая занятость соответствовала полученному уровню образования или была связана с работой, не требующей специальной квалификации; несмотря на это, около половины пациентов не работали. Показатели семейного статуса при данном типе также были наиболее высокими: треть индивидуумов состояли в браке, менее половины никогда не вступали в брак. Более половины пациентов не имели группы инвалидности по психическому заболеванию.

В целях максимальной объективизации полученных сведений, был проведен анализ состояния всех изученных пациентов с помощью формализованной оценочной шкалы PSP, результаты оценки отражали уровень социального функционирования (рис. 2).

При анализе социального функционирования с помощью шкалы PSP у больных I типологической разновидности отмечались наиболее высокие показатели — $70,7 \pm 4,2$ балла (табл. 2), причем после проведенного дисперсионного анализа различий статистически значимо лучшие показатели социального функционирования были зафиксированы во всех четырех основных областях ($p \leq 0,01$).

Показатели социально полезной деятельности здесь были лучшими во всей выборке (см. рис. 2).

Анализ кластера социальных отношений позволил выявить, что данные пациенты чаще общаются с друзьями и знакомыми, бывают на прогулках, посещают различные мероприятия.

Таблица 2. Показатели социального функционирования изученных пациентов

Table 2. Parameters of social functioning of patients

Области социального функционирования/ Areas of social functioning	Параметры социального функционирования/ Parameters of social functioning	Типологическая разновидность Types of States						Всего/ Summary		Результат/ Result	
		I тип/ Type 1		II тип/ Type 2		III тип/ Type 3					
		N	%	N	%	N	%	N	%	χ ²	P
Образовательный уровень/ Level of education	Высшее и незаконченное высшее/ Higher and incomplete higher education	55	34,8	16	20,3	15	18,1	86	26,9	23,252	0,0001
	Среднее специальное/Secondary special education	71	44,9	28	35,4	31	37,3	130	40,6		
	Среднее и незаконченное среднее/ Secondary and incomplete secondary education	32	20,3	35	44,3	37	44,6	104	32,5		
Трудовая деятельность/ Labour activity	Работа по специальности/Job in the specialty	40	25,3	8	10,1	6	7,2	54	16,9	32,322	0,0000
	Низкоквалифицированный труд/Low-skilled labor	39	24,7	11	13,9	8	9,6	58	18,1		
	Не работали/Unemployed	79	50	60	76,0	69	83,2	208	65,0		
Семейное положение/Marital status	В браке/Married	51	32,3	12	15,2	8	9,6	71	22,2	33,06	0,0000
	Разведены/Divorced	44	27,8	18	22,8	12	14,5	74	23,1		
	Не вступали в брак/Single	63	39,9	49	62,0	63	75,9	175	54,7		
Наличие инвалидности по психическому заболеванию/ The presence of a disability mental illness	Есть/Yes	71	44,9	61	77,2	71	85,5	203	63,4	47,266	0,0000
	Нет/No	87	55,1	18	22,8	12	14,5	117	36,6		
Средний балл по шкале PSP/Average score on the PSP scale		70,7 ± 4,2		56,2 ± 4,2		48,2 ± 6,2		58,4 ± 11,4			

Оценка уровня самообслуживания, а также беспokoящего и агрессивного поведения обнаружила, что большинство больных были способны функционировать без профессиональной или социальной помощи, поведение их также укладывалось в рамки принятых социальных норм.

Признаков девиантного и агрессивного поведения у данных пациентов практически не отмечалось.

Второй тип — **состояния с актуальными негативными расстройствами** (79 больных; 24,7%). Данный тип состояний характеризовался преобладанием проявлений негативной симптоматики, отражающих истощение ресурса волевых и интеллектуальных психических функций, и включал в себя две разновидности состояний.

Состояния с доминированием дефицитарных проявлений (45 больных; 14,1%) характеризовались стойким падением психической активности, а также выраженным обеднением двигательной, когнитивной и мотивационной сферы с явлениями псевдобрадикации, падением побуждений, аспонтанностью. Клинически данные нарушения проявлялись слабостью, вялостью, быстрой утомляемостью, общим снижением энергетического потенциала. Сформировавшийся астенический дефект (аутохтонная астения) выражался в стойком снижении активности собственного «Я». Резко снижался уровень межперсональных коммуникаций, зачастую приобретавший характер социальной отгороженности.

Многие авторы [23; 24] подчеркивали, что у пациентов с грубым падением психической активности обычно не происходит выраженной деформации структуры личности. За фасадом негативной симптоматики в виде апато-абулических расстройств у таких больных со-

хранялся интеллект, профессиональные знания, опыт; нарушения носили не качественный, а скорее количественный характер — личность теряла способность к самовыражению и коммуникации. Однако из-за имеющихся нарушений новые знания не приобретались. При этом нарушалось соответствие между внутренними переживаниями и их внешними проявлениями, что приводило к обеднению и невыразительности мимических, моторных, вегетативных реакций.

Нарушения когнитивной сферы носили характер стойкой ригидности, инкогерентности, затруднения ассоциативных процессов. Подобные нарушения описывались исследователями как базисные когнитивные расстройства [25; 26]. Пациенты испытывали выраженные интеллектуальные затруднения из-за быстрой истощаемости, их речь была лаконична, недостаточно экспрессивна, происходило существенное снижение активного словарного запаса.

Таким образом, интенсивность проявления личностных черт нивелировалась также снижением интеллектуальной продуктивности, в первую очередь за счет уменьшения ее объема и качества, а также общим падением физической активности.

Пациентам был свойственен страх перед общением, отсутствие дружеских связей, нарастание черт дефензивности (ранимости, робости). Коммуникативный аспект нарушался в том числе из-за утраты способности к эмпатии. При этом не возникало нарушения чувства такта, дистанции. Происходила утрата большинства интерперсональных связей, круг общения состоял из членов семьи и ближайшего окружения больных. Пациентам были свойственны зависимость, ведомость, симбиотические формы контактов (дефицит по типу

«зависимых» [27]. В целом аутистические проявления, в отличие от картины, описанной в рамках состояний с первичным дефектом и утратой личностных черт, здесь носили характер «вторичного аутизма» [28], явившегося следствием истощения энергетической функции, падения активности. Следствием реализации компенсаторных механизмов личности являлись поведенческая и эмоциональная отгороженность от реальности, стремление к осознанному ограничению коммуникаций, которые также носили вторичный характер и были детерминированы падением энергетического потенциала. Наиболее тяжелые варианты этих состояний были описаны исследователями [29; 30] как апатическое слабоумие.

Наряду с этим у пациентов отмечались аутохтонные аффективные расстройства, которые характеризовались рудиментарностью клинических проявлений.

Социально-трудовая дезадаптация здесь достигала большой степени выраженности, субъективно невозможность трудовой деятельности была детерминирована повышенной утомляемостью, слабостью, затруднениями в поддержании необходимого ритма работы, невозможностью концентрации внимания, непереносимостью психических и физических нагрузок.

Состояния с доминированием псевдоорганической симптоматики (34 больных; 10,6%) определялись негативными симптомами, представленными эмоционально-волевым снижением на фоне нарушений мышления в сочетании с расстройствами псевдоорганического характера. Пациентам была свойственна ригидность психических процессов, утрата прежних знаний и навыков, снижение уровня личности, нивелирование ее особенностей.

Присутствовали выраженные нарушения мышления и познавательной деятельности, сопровождавшиеся трудностями запоминания, осмысления и усвоения новой информации, опыта и навыков. Утрачивалась способность осваивать новые навыки, а также способность пользоваться прежними знаниями и умениями,

приобретенными на преморбидном этапе. Суждения отличались прямолинейностью, шаблонностью и схематизмом.

Психическое функционирование утрачивало гибкость, становилось ригидным, тугоподвижным, медлительным. Характерными являлись трудности принятия решений, ведомость, пациенты в различных жизненных ситуациях руководствовались «штампами» или чужим мнением. Отмечались грубые нарушения внимания, продуктивный контакт с пациентами зачастую был затруднен, они часто утрачивали нить беседы, были повышено отвлекаемы, не могли подолгу сосредоточиться на каком-либо действии, требующем концентрации, например чтении книг. Данные расстройства были тесно связаны с нарушениями организации памяти, которые выражались в отсутствии возможности воспроизвести общеизвестные исторические факты, назвать значимые даты. Расстройства мышления клинически выражались речевой дисфункцией — ответы на вопросы были лаконичными, не всегда по существу, обращала на себя внимание их конкретность, шаблонность, малая информативность. В ряде случаев на первый план выступала патологическая вязкость, обстоятельность или персеверативность мышления.

Иногда клиническая картина имела выраженное сходство с психоорганическим синдромом и была близка к классическому описанию состояний «шизофренического слабоумия». В таких случаях происходил распад аффективно-мотивационной сферы с грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, тяжелой эмоциональной нивелировкой. На первый план выступали признаки высвобождения примитивных влечений, расторможенности — гиперсексуальность, циничность на фоне эйфории, беспечности, эпизодов двигательного возбуждения.

Пациенты в большинстве своем обнаруживали выраженную социально-трудовую дезадаптацию, сопровождавшуюся нарушениями целенаправленного поведения, его беспорядочностью и парадоксальностью,

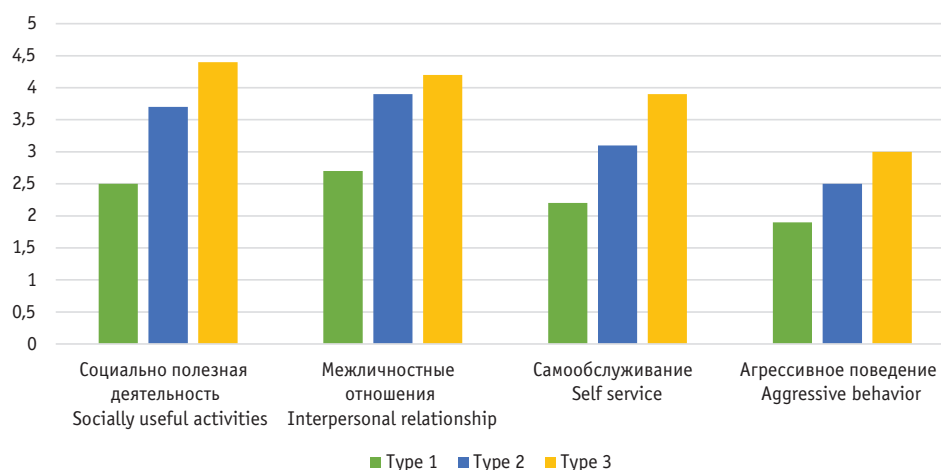


Рис. 2. Показатели уровня социального функционирования по шкале PSP

Fig. 2. Indicators of the level of social functioning on the PSP scale

что делало их неспособными к осуществлению профессиональной деятельности, зачастую они нуждались в опеке и постоянном пребывании в психиатрических учреждениях специализированного типа (психоневрологических интернатах).

Результаты психометрической оценки по шкале PANSS (см. табл. 1) здесь также коррелировали с выявленными путем клинко-психопатологической оценки особенностями состояний. Так, средний балл PANSS, а также средний балл позитивной подшкалы и подшкалы общей психопатологии здесь были выше, чем у пациентов с I типом состояний, однако не достигали показателей, обнаруженных у больных с III типом состояний. При этом показатели негативной подшкалы PANSS здесь находились на более высоком уровне, чем при всех других выделенных типах состояний, что подтверждало их клиническую сущность.

Показатели социального функционирования при втором типе состояний (см. табл. 2) были достаточно низкими, что нашло свое отражение в показателях уровня образования и семейного статуса. Лишь небольшое количество пациентов были трудоустроены, большая часть из них имели инвалидность различных групп.

Средний суммарный балл по шкале PSP при II типе $56,2 \pm 4,2$. Проведенный по опроснику PSP анализ (см. рис. 2) позволил выявить, что данные пациенты имеют более низкие показатели социального функционирования во всех четырех основных областях, чем больные с первым типом состояний ($p \leq 0,01$). Так, при оценке кластера социально полезной деятельности было установлено, что эти больные существенно хуже справляются с трудовыми обязанностями. Анализ кластера социальных отношений позволил выявить, что они имеют ограниченный круг общения, при этом отношения с родственниками часто носят неустойчивый или конфликтный характер. При оценке уровня самообслуживания выяснилось, что многие пациенты нуждались в оказании социальной помощи, будучи неспособными самостоятельно поддерживать приемлемый уровень социального функционирования.

Третий тип — **состояния с актуальными позитивными и негативными расстройствами** (83 больных; 25,9%). Данный тип характеризовался преобладанием в клинической картине продуктивной психопатологической симптоматики и включал в себя две разновидности состояний, ранжированных по их синдромальным особенностям. Были выделены состояния с изолированным существованием негативных и продуктивных расстройств («осколков психотики») и состояния с активной психотикой.

Состояния с изолированным существованием негативных и продуктивных расстройств («осколков психотики») (32 больных; 10,0%) характеризовались сочетанием постпроцессуальной личностной динамики, проявлений синдрома дефицита и субпсихотических психопатологических расстройств острого периода заболевания, которые, сепарируясь от личности, фор-

мировали стабильные изолированные образования резидуального уровня («осколки психотики»).

Клиническая картина характеризовалась наличием редуцированных галлюцинаторных и бредовых расстройств, сохраняющихся в резидуальном виде. Их отличительной особенностью являлись однообразие, стереотипность, стойкость и бедность (монотематичность) болезненных проявлений, отсутствие аффективной окраски и тенденции к расширению или модификации проявлений (фабулы) на протяжении многих лет.

Подобные состояния описывались исследователями как «параноидные ремиссии с резидуальным бредом», «дискинетические ремиссии» (Смулевич А.Б., 2005) [31]. В процессе их становления, по миновании активного периода течения заболевания, происходило формирование резидуальной симптоматики преимущественно параноидного и паранойяльного круга на фоне выраженного снижения уровня психического функционирования, нарастания негативных расстройств. Продуктивная симптоматика на протяжении длительного времени не претерпевала какой-либо динамики, представляя собой «застывший» симптомокомплекс, отсутствовали тенденции к ее эксацербации.

Происходила инкапсуляция резидуальных продуктивных расстройств, при этом отношение к ним обычно носило или формально критический характер, когда имелись сомнения в собственных ошибочных суждениях («диссимилиация и ассимиляция» — Г.В. Зеневич, 1964) [32], или происходило разграничение болезненных переживаний и сферы реальности, пациенты тщательно скрывали их и могли озвучить лишь в узком кругу («двойственная оценка патологических переживаний» — Л.И. Сальникова, 1995) [33]. Кроме того, иногда пациенты распространяли трактовку бредовых переживаний исключительно на прошлое, на события, пережитые во время болезни, она не распространялась на настоящее время. Подобные состояния описывались как «отставники бреда» (Dide M., Guiraud P., 1922; Vie J., 1939) [34]. С.С. Корсаков (1901) [35] описывал подобные состояния как один из видов исхода бредовой формы паранойи, он образно называл их «своего рода некрозом, не успевшим отделиться».

В некоторых случаях происходила компенсация посредством формирования защитных механизмов и ритуалов, то есть психомоторных приемов ограждения себя от идеаторных психических автоматизмов и галлюцинаторных расстройств. В этих ситуациях пациенту, постоянно живущему, например, с «голосами», давно привычными и утратившими свою актуальность, достаточно было совершить некое ритуальное действие, чтобы не обращать на данные явления внимания. Подобная картина отражала фактический переход симптоматики психотического регистра в обсессивный круг.

Отчетливой чертой была диссоциация между имеющейся симптоматикой и сохраняющимися социально приемлемыми формами поведения. По сути, данные

состояния являлись проявлениями длительного, порой многолетнего периода затихания эндогенного процесса.

Таким образом, имеющиеся резидуальные проявления не оказывали определяющего влияния на уровень адаптации индивидуума. Негативная симптоматика определялась весьма выраженной психической личностной деформацией. Отмечались выраженные черты эмоционального обеднения с утратой былых привязанностей, усилением эгоцентризма. Тенденции к углублению дефицитарных расстройств не обнаруживалось.

В ответ на психотравмирующие ситуации возможно было развитие кратковременных реактивных состояний (в рамках реактивной лабильности) с актуализацией шизофренической симптоматики — эпизодов спутанности, галлюцинаторного возбуждения, декапсуляции бредовых идей, которые быстро редуцировались при благополучном разрешении ситуации. Подобные явления можно было объяснить как реакции постпроцессуальной личности, когда измененная болезнью психика использовала прежний психотический опыт.

У многих пациентов сохранялась работоспособность, как правило, с некоторым снижением по отношению к преморбидному уровню. В основном они выполняли низкоквалифицированную, монотонную, однообразную работу, не требующую существенной умственной концентрации.

Состояния с активной психотической симптоматикой (51 больной; 15,9%) — в качестве признаков, определявших суть данных состояний, а так же характер функционирования пациентов, выступали продуктивные расстройства психотического регистра, которые в процессе заболевания достигали достаточно выраженного уровня и стабилизировались на этом уровне, после чего дальнейшего усложнения симптоматики не прослеживалось или же она претерпевала максимальную прогрессивную динамику, достигая парафренного полюса. Во всех представленных случаях продуктивные расстройства даже на отдаленных этапах заболевания сохраняли выраженную активность.

Данные подвижные психопатологические структуры были подвержены непрерывной аутохтонной динамике или периодическим экзакербациям. По мере удаления от манифестации их картина приобретала черты инертности. Происходило формирование однообразных галлюцинаторно-параноидных синдромов, изменение структуры бредового синдрома с тенденцией к его упрощению и утратой насыщенности психопатологических проявлений, а также нарастание бессвязности бредовых построений.

Бредовые расстройства, несмотря на постоянное персистирование и стойкую фабулу, на фоне постоянного приема поддерживающей терапии сохранялись в несколько дезактуализированном виде. Сохраняя характер объективной реальности, они не определяли поведение пациентов в полной мере, в результате чего те были способны выполнять какую-либо работу, заниматься бытом, высказывая бредовые переживания

лишь в случае расспросов. В периоды экзакербаций, носивших эпизодический характер, увеличивалась интерпретативная разработка идей, повышалась их актуальность, возникала тенденция к расширению фабулы и включению в нее явлений окружающей ситуации и обстановки, они вновь оказывали определяющее влияние на поведение больных.

Критическое отношение к продуктивной симптоматике отсутствовало или носило формальный характер, при этом она выступала в роли «фасада» для негативных расстройств, во многом маскируя их, особенно во время психотических эпизодов. В полной мере степень их выраженности и устойчивости становилась очевидной по мере редукции продуктивных психопатологических расстройств. В целом у больных происходило нарастание замкнутости, ригидности и педантизма, чуждаковатости. Отмечались эмоциональная черствость и обеднение, аутизм и сужение интересов, выраженные признаки редукции энергетического потенциала. Характерными особенностями негативной симптоматики являлось нарастающее эмоциональное уплощение с нивелировкой сензитивных черт, исчезновение способности к внутреннему анализу, смещение полюса психоэстетической пропорции.

Расстройства мышления носили характер соскальзывания, выпадения, паралогичности, причем в острых состояниях они могли переживаться больными как проявления идеаторных психических автоматизмов, в ремиссиях же воспринимались как нечто естественное, не вызывали тревоги или дискомфорта.

Становление негативной симптоматики на фоне эпизодической актуализации продуктивных расстройств коррелировало с выраженным снижением уровня социальной адаптации, при этом у пациентов отсутствовало критическое осознание «снижения», отмечалось нарастание черт пассивности, аутизации с резким обеднением круга интересов. В поведении пациентов зачастую обращали на себя внимание недоверчивость, подозрительность, являвшиеся следствием наличия бредового компонента.

При этом, степень выраженности галлюцинаторно-бредового симптомокомплекса не коррелировала напрямую с уровнем социально-трудового функционирования пациента; данный уровень зависел в первую очередь от содержания и фабулы имевшихся расстройств. Тем не менее у всех работающих пациентов данной группы отмечалось снижение квалификации и упрощение характера выполняемой ими работы в сравнении с преморбидным уровнем.

Результаты обработки результатов оценки по шкале PANSS (см. табл. 1) продемонстрировали, что у пациентов с актуальными позитивными и негативными расстройствами помимо большей выраженности позитивной симптоматики, что в значительной мере определяется критериями клинко-психопатологической оценки, отмечается также и большая выраженность общих психопатологических симптомов, тогда как негативная симптоматика по своей выраженности

находилась на более низком уровне, чем при состояниях II типа.

Показатели социального функционирования при данном типе состояний (см. табл. 2) были самыми низкими, несмотря на то, что половина пациентов имели высшее или среднее специальное образование, большая часть из них не были трудоустроены, лишь несколько человек работали, занимаясь преимущественно низкоквалифицированным трудом. Инвалидность различных групп была установлена для большинства больных.

При III типологической разновидности отмечались наиболее низкие показатели по шкале PSP ($p \leq 0,01$), средний балл составлял $48,2 \pm 6,2$ (см. табл. 2).

Проведенный по опроснику PSP анализ обнаружил (см. рис. 2), что пациенты данной группы имели самые низкие во всей обследованной когорте показатели социального функционирования во всех четырех основных кластерах ($p \leq 0,05$).

Данные больные лишь в немногих случаях были способны к продуктивной трудовой деятельности.

При анализе кластера социальных отношений выяснилось, что низкий уровень социальных контактов прослеживался у большинства больных, круг общения у них был крайне узок и в большинстве случаев ограничивался лишь ближайшим окружением, в основном общение происходило с членами семьи по инициативе

последних, что было связано с нарастающими негативными изменениями личности. В браке состояли только немногие, остальные проживали с родителями или в одиночестве.

Многие пациенты нуждались в оказании помощи либо со стороны родственников, либо со стороны специализированных организаций, поскольку не были способны без посторонней помощи в должной мере себя обслуживать и поддерживать приемлемый уровень социального функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленное типологическое деление позволяет оценить клинически очерченное соотношение различных проявлений шизофренического процесса — продуктивной симптоматики, негативных расстройств, а также личностной динамики на этапе отдаленного катамнеза. В процессе исследования была установлена отчетливая взаимосвязь между выделенными типами состояний и характером социально-трудового функционирования пациентов, являющимся, по сути, отражением функционального исхода заболевания.

Исследование поддержано грантом РФФИ 18-013-01214.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Демчева НК, Кузнецов СВ. Негативные расстройства при параноидной форме шизофрении. *Психическое здоровье*. 2019;1(32):38–42. Demtcheva NK, Kuznetsov SV. The pattern of negative disorders during various types of paranoid schizophrenia course. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2019;1(32):38–42. (In Russ.).
2. Коцюбинский АП, Шейнина НС. Динамика эндогенных психических расстройств. Сообщение 1. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(2):5–9. Kotsubinsky AP, Sheinina NS. Dynamics of endogenous mental disorders. Paper 1. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(2):5–9. (In Russ.).
3. Морозова МА, Бениашвили АГ. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении. *Психиатрия* 2007;4(28):7–25. Morozova MA, Beniashvili AG. Current problems in the development of the concept of mental defect in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007;4(28):7–25. (In Russ.).
4. Зинчук МС, Семке АВ. Влияние негативной симптоматики на динамику социального статуса больных параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;4(79):34–39. Zinchuk MS, Semke AV. Influence of negative symptoms on dynamic of social status of patients with paranoid schizophrenia. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2013;4(79):34–39. (In Russ.).
5. Мосолов СН, Потапов АВ, Ушаков ЮВ и др. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина*. 2012;14(2):9–19. Mosolov SN, Potapov AV, Ushakov YuV, et al. Standardized clinical and functional criteria for therapeutic remission in schizophrenia: development and validation. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B. Gannushkina*. 2012;14(2):9–19. (In Russ.).
6. Смулевич АБ, Воробьев ВЮ. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;9:100–105. Smulevich AB, Vorob'ev VYu. Psikhopatologiya shizofrenicheskogo defekta (k postroeniyu integrativnoi modeli negativnykh izmenenii). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;9:100–105. (In Russ.).
7. Джонс ПБ, Бакли ПФ. Шизофрения. Клиническое руководство. Пер. с англ. под общ. ред. С.Н. Мосолова: МЕДпресс-информ; 2008:192. Jones PB, Buckley PF. Schizophrenia. Klinicheskoe rukovodstvo. Per. s angl. pod obshch. red. S.N. Mosolova: MEDpress-inform; 2008:192. (In Russ.).
8. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite

- longitudinal study in North America. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008;65(1):28–37. <https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.3>.
9. Демчева НК, Кузнецов СВ. Негативные расстройства и типы компенсаторно-приспособительной защиты при параноидной форме шизофрении. *Социальная психиатрия*. 2009;4:78–79. Demcheva NK, Kuznetsov SV. Negativnye rasstroistva i tipy kompensatorno-prisposobitel'noi zashchity pri paranoidnoi forme shizofrenii. *Sotsial'naya psikhiatriya*. 2009;4:78–79. (In Russ.).
 10. Cavelti M, Krgic S, Beck EM, et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *Eur. Psychiatry*. 2012;27(1):19–32. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>.
 11. Коцюбинский АП. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(4):45–50. Kotsyubinskii AP. Kholisticheskii diagnosticheskii podkhod v psikhiatrii. Soobshchenie 1. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2013;23(4):45–50. (In Russ.).
 12. Смулевич АБ, Романов ДВ, Воронова ЕИ и др. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(9):4–14. <https://DOI:10.17116/jnevro2017117914-14>. Smulevich AB, Romanov DV, Voronova EI, et al. Evolution of the schizophrenic deficit concept. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(9):4–14. (In Russ.). <https://DOI:10.17116/jnevro2017117914-14>.
 13. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.-Л.; 1930:304. Kretschmer E. Physique and Character. М.-Л.; 1930:304. (In Russ.).
 14. Berze J. Zur Phänomenologie und zur Theorie des Beziehungswahns Allg. Z.F. Psych 1926;(84):142–149.
 15. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963:198. Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudospobnosti pri shizofrenii. М.; 1963:198. (In Russ.).
 16. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ и др. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. <https://doi:10.17116/jnevro20181181114>. Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Lobanova VM, et al. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). <https://doi:10.17116/jnevro20181181114>.
 17. Smith JM, Cunliffe TB, Gacono CB, et al. Psychodynamics in the female psychopath: A PCL-R/Rorschach investigation. *Violence and Gender*. 2014;1(4):1–12. <https://doi:10.1089/vio.2014.0023>.
 18. Falret J. Societe medico-psychologique. Paris; 1866:410–413.
 19. Смулевич АБ Неманифестные этапы шизофрении: психопатология и терапия. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2005;105(5):4–10. Smulevich AB. Non-manifested stages of schizophrenia: psychopathology and therapy. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2005;105(5):4–10. (In Russ.).
 20. Ястребов ВС. Клинико-эпидемиологическая характеристика негоспитализированных больных шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1987;87(8):1207. Yastrebov VS. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika negospitalizirovannih bolnih shizofreniei. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1987;87(8):1207 (In Russ.).
 21. Mayer-Groß W. Über die Stellungnahme zur abgelauften akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zugammenhänge in der Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1920;60:160–213.
 22. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. *Ann. Med. Psychol* 1939;2:97–103.
 23. Huber G. Das Konzept substratnaher Basis symptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt*. 1983;54(1):23–32.
 24. Carpenter WT Jr, Buchanan RW, Kirkpatrick B, et al. Strong inference, theory falsification, and the neuroanatomy of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993;50:825–831.
 25. Huber G. Coenestetische schizophrenie. *Fortshr. Neurol. Psychiatr*. 1957;25(9):491–520.
 26. Janzarik W. Basisstörungen. Eine Revision mit struktur-dynamischen Mitteln. *Nervenarzt*. 1983;54:122–130.
 27. Максимов ВИ, Зверькова ИВ. К типологии дефекта у больных неманифестной шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1986;86(5):726–731. Maksimov VI, Zver'kova IV. K tipologii defekta u bol'nyh nemanifestnoj shizofreniej. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1986;86(5):726–731. (In Russ.).
 28. Воробьев ВЮ, Нефедьев ОП. О дефекте типа фершробен при вялотекущей шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1987;87(7):1378–1383. Vorob'ev VYu, Nefed'ev OP. O defekte tipa fershroben pri vyalotekushchei shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1987;87(7):1378–1383. (In Russ.).
 29. Kraepelin E. Die Verschrobenen. *Psychiatrie* 8 Aufl. 1915;IV(III):2039–2043.
 30. Эдельштейн АО. Исходные состояния шизофрении. М.;1938:114. Edel'shtein AO. Iskhodnye sostoyaniya shizofrenii. М.;1938:114. (In Russ.).

31. Смулевич АБ. Неманифестные этапы шизофрении: психопатология и терапия. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2005;105(5):4–10.
Smulevich AB. Nemanifestnye etapy shizofrenii: psikhopatologiya i terapiya. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2005;105(5):4–10. (In Russ.).
32. Зеневич ГВ. Ремиссии при шизофрении. Ленинград: Медицина; 1964;214.
Zenevich GV. Remissii pri shizofrenii. Leningrad: Meditsina; 1964;214. (In Russ.).
33. Сальникова ЛИ. Адаптированные больные паранойдной шизофренией среди населения и особенности оказания им социальной помощи. В сб.: XII Съезд психиатров России. Материалы съезда. 1995;112–113.
Sal'nikova LI. Adaptirovanniye bol'nye paranoidnoi shizofreniei sredi naseleniya i osobennosti okazaniya im sotsial'noi pomoshi. XII S'ezd psikhiiatrov Rossii. V sb.: Materiali s' 1995;112–113. (In Russ.).
34. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. *Ann. Med. Psychol.* 1939;2:97–103.
35. Корсаков СС. Курс психиатрии. М.; 1901;677.
Korsakov SS. Kurs psikhiiatrii. M.; 1901;677. (In Russ.).

Информация об авторе

Голубев Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. orcid.org/0000-0002-0021-4936
E-mail: color1982@bk.ru

Information about the author

Sergey A. Golubev, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.) Senior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. orcid.org/0000-0002-0021-4936
E-mail: color1982@bk.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Голубев Сергей Александрович/Sergey A. Golubev
E-mail: color1982@bk.ru

Дата поступления 08.08.2019
Date of receipt 08.08.2019

Дата принятия 11.09.2019
Accepted for publication 11.09.2019