

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 9 от 15.11.2018

**ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО
ПОЗИТИВНЫЕ (НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ И СУБПСИХОТИЧЕСКИЕ)
СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2018

УДК:616.895.8-07(075.4)

Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Аксенова И.О., Моргунова А.М., Ражева М.К. – СПб, 2018. – 42 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Аксенова И.О., Моргунова А.М., Ражева М.К.

Рецензент: Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Аннотация

Данные методические рекомендации содержат материал, отражающий современные представления о неврозоподобном шизотипическом расстройстве и субпсихотических «включениях» при нем. Особое внимание уделяется дифференциальной диагностике неврозоподобного шизотипического расстройства с невротическими расстройствами и субпсихотических феноменов — с расстройствами психотического уровня.

Методические рекомендации предназначены для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, обучающихся по специальности 14.01.06 – психиатрия.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ	5
2. НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ....	8
2.1 Обсессивно-фобический синдром	9
2.2 Диморфофобический синдром.....	14
2.3. Небредовой ипохондрический синдром.....	16
2.4. Конверсионно-диссоциативный синдром	18
2.5. Деперсонализационно-дереализационный синдром.....	20
2.6. Астено-аффективный синдром	24
3. СУБПСИХОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ НЕВРОЗОПОДОБНОМ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ.....	30
3.1. Субпсихотические обсессивно-фобические феномены.....	31
3.2 Субпсихотические диморфофобические проявления.....	37
3.3 Субпсихотическая ипохондрическая симптоматика.....	38
3.4 Субпсихотическая конверсионно-диссоциативная симптоматика.....	38
3.5 Субпсихотическая деперсонализационная симптоматика.....	39
3.6 Субпсихотическая астено-аффективная симптоматика.....	39
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	41

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на подчеркнутую атеоретичность существующих классификаций психических расстройств, появляется все больше работ, свидетельствующих о необходимости и целесообразности более глубокого проникновения в их клиническую сущность.

Появляется все больше работ о том, что течение и исход расстройств шизофренического спектра не детерминированы самой природой этих состояний, а находятся под влиянием огромного числа разнообразных факторов (общебиологических, средовых, терапевтических и др.). Это обстоятельство со всей неизбежностью возвращает к давно ведущейся дискуссии о непсихотических, «краевых» состояниях, сходных лишь по ряду параметров с ядерными проявлениями шизофрении, т. е. о целесообразности рассмотрения непсихотических аутохтонных психических расстройств. Именно этот контингент больных остается «камнем преткновения» для нахождения ему места в систематике психических расстройств.

Первоначально основной группой аутохтонных непсихотических заболеваний была шизофрения, что послужило основанием для разработки целого ряда диагностических квалификаций: мягкая шизофрения (Кронфельд А.С., 1928), непсихотическая шизофрения (Розенштейн Л.М., 1933), текущая без изменения характера (Кербикову О.В., 1971), микропроцессуальная, микропсихотическая (Гольденберг С.И., 1934 – цит. по А.Б.Смулевичу, 2017), рудиментарная, санаторная (Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1934), предфаза шизофрении (Юдин Т.И., 1951), медленно текущая (Озерецковсаский Д.С. 1950), ларвированная (Снежневский А.В., 1972), вялопротекающая (Наджаров Р.А., 1972), латентная шизофрения (Rorschach H., 1942), амбулаторная шизофрения (Zilboorg J., 1941), оккультная шизофрения (Stern A., 1938), псевдошизофрения (Rapaport D., Gill M., Schafer R., 1946), abortивная шизофрения (Mayer W., 1950), субклиническая шизофрения (Peterson D. R., 1954), псевдопсихопатическая шизофрения (Dunaif S., Hoch P. H., 1955), псевдоневротическая форма шизофрении (Hoch P. H., Polatin P., 1949), предшизофрения (Ey H., 1955), *borderëline schizophrenia* (Rosenthal D. [et al.], 1968), оккультная (Stern A., 1945 – цит. по А.Б.Смулевичу, 2017), нерегрессивная (Nyman A.K., 1978).

Однако соответствующие диагностические рубрики в современных международных системах классификации психических расстройств отсутствуют.

Отражением этой ситуации является то неопределенное положение, которое занимает шизотипическое расстройство в современных классификациях психических заболеваний.

1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Шизотипическое расстройство - это широко представленное состояние, определяемое в рамках клинико-нозологической парадигмы как вариант аутохтонного процесса с относительно благоприятным течением и относимое к расстройствам шизофренического спектра. Распространенность шизотипического расстройства, по данным разных авторов, составляет от 16.9-20.4% (Уланов Ю. И., 1991) до 28.5-34.9% (Ястребов В. С., 1987; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2012).

В то же время шизотипическое расстройство является одной из наиболее тяжелых форм так называемой пограничной психической патологии. Данная патология неблагоприятно влияет на социальную адаптацию пациентов и приводит к многочисленным госпитализациям в психиатрический стационар (Борисов Д.Ю., 2007; Павличенко А.В., 2007; Смулевич А.Б., 2009). При этом если в DSM-IV шизотипическое расстройство рассматривается среди расстройств личности, то в рамках Международной классификации болезней (МКБ-10) оно включено в раздел F2, наряду с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Н.Г. Незнанов (2010) отмечает, что «МКБ-10 не рекомендует эту рубрику для широкого диагностического использования в связи с трудностями отграничения ее, с одной стороны, от простой формы шизофрении, с другой - от шизоидной или параноидной личностной патологии», а В.Н. Краснов (2009) подчеркивает, что «в исследованиях данный диагноз обычно служит критерием исключения; определенных терапевтических рекомендаций не имеет либо требует пересмотра в пользу шизофрении». При этом в целом шизотипическое расстройство, несмотря на его по существу «остаточный» статус в МКБ-10, занимает существенное место и удельный вес в структуре аутохтонных заболеваний.

Согласно адаптированному для использования в Российской Федерации варианту МКБ-10 под шизотипическим расстройством, прежде всего, понимают различные клинические варианты вялотекущей шизофрении. Шизотипическое расстройство чаще всего протекает на непсихотическом уровне и по своей клинической картине напоминает дебютные проявления психотических форм болезни (Незнанов Н.Г., 2010). В картине

шизотипического расстройства на всем протяжении доминируют неврозоподобные, психопатоподобные и «бедные симптомами» нарушения. Основные проявления, присущие прогрессивным формам шизофрении, остаются неотчетливыми: нет ни выраженного эмоционального оскудения, ни заметного падения активности, ни очевидных, бросающихся в глаза нарушений мышления. Эти симптомы лишь иногда как бы просвечивают через психопатоподобные нарушения поведения или неврозоподобные расстройства.

Заболевание отличается незаметным медленным началом и манифестацией, напоминающей декомпенсацию психопатии или психогенно вызванный затяжной невроз; дебют чаще всего падает на старший подростковый или послеподростковый возраст.

Непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках неврозо/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию. Однако так называемое шизофреническое слабоумие - дефектное состояние с выраженными шизофреническими изменениями личности - не бывает исходом болезни.

При малопрогрессивных формах заболевания, протекающих без манифестации генерализованных психотических симптомокомплексов, сложных в плане сочетания позитивных и негативных расстройств, имеющаяся тенденция к поляризации выявляется наиболее отчетливо. Соответственно систематика такого рода расстройств должна проводиться с учетом пропорции проявлений позитивного и негативного психопатологических векторов.

Именно с этой точки зрения рассматриваются непсихотические состояния при малопрогрессивном течении шизофрении А.Б. Смулевичем (2009). Результатом такого подхода является заключение о том, что не только при психотических формах шизофрении, но и в условиях малопрогрессивного аутохтонного процесса формирование вариантов заболевания протекает по типу «позитивной» и «негативной» шизофрении.

Так же, как и шизофренические психозы, шизотипическое расстройство может протекать как непрерывно, так и в форме приступов. Однако типологическое разделение шизотипического расстройства по этому принципу не соответствовало бы клинической реальности, поскольку в большинстве случаев приступы сочетаются с вялым непрерывным течением (рис. 1).



Рис. 1. Систематика вариантов шизотипического расстройства

При шизотипическом расстройстве можно отметить несколько особенностей.

1. В целом наблюдается несоответствие отдельных симптомов друг другу, их дискордантность. Такая ситуация отличается от конкордантности, свойственной клинической картине невротического расстройства, когда отдельные симптомы гармонично включены в целостный невротический симптомокомплекс и соответствуют аффективным переживаниям больного.

2. Внутри формирующегося синдрома прослеживается характерная динамика, вектор которой направлен от более простых к более сложным психопатологическим проявлениям, от «невротических» или «психопатических» к «псевдоневротическим» и «психопатоподобным».

3. Отсутствует четкая граница между разными вариантами невротоподобных и психопатоподобных проявлений и элементы одного из них, как правило, включены в картину другого.

4. Возможен переход невротоподобного варианта шизотипического расстройства в психопатоподобный.

2. НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Позитивные симптомокомплексы в структуре шизотипического расстройства представлены широким спектром невротоподобных симптомов, отличающихся от проявлений невротических состояний.

Известно, что «пусковым механизмом» *невротических состояний* (как самостоятельных психопатологических феноменов у преморбидно психически здоровых лиц или как декомпенсаций имеющихся личностных расстройств) бывают как внешние - психогении, так и внутренние факторы - возрастные кризы, менструальный цикл, беременность, роды, инволюция, эндокринная перестройка и др. Однако, как считал П. Б. Ганнушкин, они все-таки связаны больше с внешними (психогенными) причинами, нежели с биологическими закономерностями.

При шизотипическом расстройстве структура заболевания определяется доминированием невротоподобных симптомов (представленных широким спектром психопатологических проявлений) на всем протяжении заболевания (F21.3). Это обстоятельство позволяет выделить несколько невротоподобных феноменов, а именно:

обсессивно-фобический, дисморфофобический, небредовой ипохондрический, конверсионно-диссоциативный, деперсонализационно-дереализационный, астено-аффективный.

2.1 Обсессивно-фобический синдром

Специфика навязчивой симптоматики заключается в психологической реакции неприятия индивидуумом однотипного повторения симптома. В связи с этим, во-первых, формируется хотя бы временное критическое отношение к болезненному феномену как неадекватному, произвольному и слабо контролируемому, и, во-вторых, существует возможность эмоционального неприятия симптома личностью (Циркин С.Ю., 2012).

Для обозначения обсессивно-компульсивной симптоматики в структуре расстройств шизофренического спектра предложен ряд терминов: «обсессивно-компульсивное или шизообсессивное расстройство», «шизопаническое расстройство», «шизофобическое расстройство или шизофрения с тревожно-фобическим расстройством» и др. (Zohar J., 1977; Insel T. R., Akiskal H.S., 1986; Hwang M.Y., Opler I.A., 1994; Bermanzohn P.C., Porto L., Siris S.G. [et al.], 2001).

Среди расстройств шизофренического спектра обсессивно-компульсивная симптоматика - не только одна из наиболее распространенных, но и трудно поддающихся лечению. В большинстве работ проводится четкое разграничение тревожно-фобических и обсессивных синдромов как основного клинического проявления соответствующего варианта аутохтонного процесса с выделением «шизообсессивного» или «шизопанического/шизофобического» вариантов. В связи с этим можно выделить два варианта обсессивно-фобических расстройств:

а) фобический: «шизопаническое расстройство», «шизофобическое расстройство», «тревожно-фобическое расстройство»;

б) обсессивный: «обсессивно-компульсивное расстройство при шизофрении», «шизообсессивное расстройство».

а) Фобический вариант

Фобии при шизотипическом расстройстве редко оказываются изолированными, ограниченными строго определенными ситуациями. Такого рода изолированные фобии обычно появляются в детстве или молодом возрасте и могут сохраняться десятилетиями. В целом изолированные фобии, имеющиеся у больных с шизотипическим расстройством, практически неотличимы от таковых при невротических состояниях, но, в отличие от них,

не обнаруживают тенденции к колебаниям интенсивности. Кроме того, изолированные фобии быстро «обрастают» другими психопатологическими феноменами и в значительной степени «перекрываются» ими.

Чаще всего среди псевдонервотических фобий встречается: агорафобия, нозофобии, страх внешней («экстракорпоральной») угрозы, к которому относится мизофобия (боязнь загрязнения) и социофобия.

Псевдонервотические фобии быстро «обрастают» навязчивостями и сопровождаются защитными действиями. Формируется система ритуалов, которая у части больных на определенном этапе сопровождается проявлениями компульсивности (чувства насильственности и мучительной борьбы мотивов). Со временем усилия по борьбе с собственными ритуалами ослабевают и прекращаются, в то время как формируются четкие концепции (при мизо- и нозофобиях) о путях распространения патогенных субстанций и мерах борьбы с ними (Павличенко А.В., 2007).

Актуальность фобий со временем падает, они становятся недостаточно отчетливыми и на передний план выступают защитные меры, которые принимают характер обсессивных влечений. Разнообразные ритуалы, направленные на «ограждение» и «очищение», быстро усложняются и превращаются в длящиеся часами манипуляции с тщательной обработкой или даже дезинфекцией одежды, соприкасающейся с «загрязненными» предметами, рук, тела, жилья. Например, опирающийся на логическое размышление страх загрязнения почти забывается, но больной испытывает по существу навязчивое влечение мыть руки по каждому поводу и самым тщательным образом, из-за чего сам испытывает неудобства и хотел бы от этого избавиться (Циркин С.В., 2012).

Постепенно ритуалы занимают ведущее положение в клинической картине, приобретают все более вычурный характер, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

б) Обсессивный вариант

Все навязчивости можно условно разделить на три группы.

1. К первой группе обсессий относятся *идеаторные навязчивости* в виде навязчивого мудрствования, навязчивых воспоминаний и сомнений. От автоматизмов эти навязчивости отличает отсутствие ощущения «деланности», несмотря на насильственный характер, а от бреда - критическое отношение к ним самого пациента. Конкретными проявлениями обсессий являются следующие феномены.

Отвлеченные навязчивости (Снежневский А.В., 1983) или **«отвлеченные обсессии»** (Соболевский С.В., 2006) **по типу бесплодного навязчивого мудрствования** (многократное обращение к бесполезным или неразрешимым вопросам, неотвязные попытки рассуждать, заново раскрывать смысл того или иного понятия или выражения, этимологию термина, навязчивое «прокручивание» в голове предстоящих событий и своих планируемых действий, навязчивые попытки структурировать ход своих мысленных рассуждений по поводу каких-либо житейских проблем), ощущение необходимости найти ответ на неразрешимый вопрос, «умственная жвачка» без внутреннего сопротивления.

Отвлеченные навязчивости **по типу экзистенциальных страхов**, с чем связано навязчивое воспоминание о событиях, терминах, формулировках и т.п., несмотря на их нейтральное содержание.

Навязчивые (психастенические) сомнения или представления, базирующиеся на утрате чувства уверенности в правильности выполнения ими каких-то действий, которые касаются:

- а) предстоящих действий обыденного содержания (навязчивости превентивного контроля - «тревога вперед», «загадывания» на удачу);
- б) завершенных в прошлом, законченных действий обыденного содержания, которые выражаются в виде сомнений относительно полноты уже свершившихся действий (тревога назад).

2. Вторая группа обсессий может быть обозначена как **моторные навязчивости**. Прежде всего, в этом случае речь идет о навязчивостях незавершенности действия (Гомозова А. К., 2010), когда на первый план выступают ритуалы в форме «моторного перфекционизма».

3. Третья группа обсессий связана с **феноменом контрастности** (контрастные обсессии, навязчивые хульные мысли, овладевающие представления, овладевающие желания) и может быть названа навязчивостями запретных побуждений (Гомозова А.К., 2010). Обсессии контрастного содержания - это неприемлемые с моральной точки зрения идеи, представления или образы, которые против воли всплывают в сознании больных, вызывая у них чувство вины и страх того, что они могут совершить эти деяния. Подобные переживания возникают и в случае сексуальных обсессий. Таким образом, контрастные обсессии связаны с запретными агрессивными побуждениями и сильными чувствами, над которыми пациенты безуспешно пытаются установить контроль, что приводит к частому формированию «реакций избегания».

Резюмируя характер всех навязчивостей, возникающих в структуре шизотипического расстройства, можно выделить несколько особенностей.

1. Медленное, неяркое их первоначальное развитие с тенденцией навязчивостей к «систематизации» (Смулевич А.Б., 1999), группировке вокруг первичной obsессии множественных вторичных навязчивостей. При этом, как отмечает С.В. Соболевский (2006), при шизотипическом расстройстве навязчивости наблюдались чаще на всем протяжении заболевания, определяя тяжесть клинической картины, являлись ведущим синдромом, в то время как obsессивно-компульсивные нарушения при психотической шизофрении появлялись на непродолжительное время в инициальном периоде заболевания и редко играли ведущую роль в клинической картине.

2. Появление монотонных, инертных, вычурных и нелепых защитных ритуалов, их метафизичность (абстрактность). Комппульсивные расстройства постепенно замещаются моторными (кататоническими) стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением (покусывание рук, расчесывание кожи, перетягивание горла). Больные вынуждены повторно выполнять одни и те же операции (строго симметрично располагать предметы на письменном столе, по много раз перекрывать водопроводный кран, мыть руки, хлопать дверью лифта т. п.). Эти ритуалы больной может выполнять, не стесняясь посторонних и крайне озлобляясь, если ему в этом препятствуют. Такого рода ритуалы, постепенно занимающие ведущее положение в клинической картине, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

3. При этих навязчивостях, в отличие от невротических, тщательный психогенетический анализ по В.Н. Мясищеву (1960), как правило, не позволяет выявить психогенные факторы, лежащие в их основе, а сами навязчивости могут проявляться в виде нелепых абстрактных систем - числовых, геометрических, буквенных. Возможно, что психогенный фактор в генезе навязчивостей при невротической форме мог присутствовать, но его значимость давно утрачена, сам он не только амнезирован, как может быть при неврозах, но и заслонен последующими заумными символическими построениями.

4. В отличие от obsессий при неврозах, они быстро лишаются эмоционального компонента, приобретают черты инертности и однообразия - их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности. В

результате навязчивые опасения перестают сопровождаться соответствующими их содержанию эмоциями, хотя при этом и не переходят в лишённые всякого намека на навязчивость сверхценные или бредовые идеи.

Иными словами, дифференциально-диагностической особенностью обсессивно-фобических расстройств является наличие в клинической картине изменений, сходных с негативными. К ним относятся: отсутствие элементов борьбы и преодолевающего поведения с формированием выраженного ограничения активности, аутизации и тотального избегания, а также необратимый стереотипный, монотонный и ригидный характер невротической симптоматики и ее усложнение за счет появления обширной системы ритуалов с замысловатой и не всегда объяснимой мотивацией.

5. В ряде случаев - быстрое формирование полиморфных обсессий (Соболевский С. В., 2006).

6. Наличие связи расстройств при обсессивно-фобическом синдроме с психопатоподобными состояниями. Так, реакции избегания проявляются в виде эксплозивных вспышек по отношению к ближайшим родственникам, эгоцентризма, манипулятивности. В этом случае все попытки родных изменить набор привычных действий, которые воспринимаются пациентами как единственно комфортные, приводят к взрыву раздражения, угрозам или агрессии. При обсессиях «повторного контроля» наблюдается усиление психастеноподобных расстройств: склонность к сомнениям, возникающим по любому поводу, послушное подчинение родственникам, ограничение деятельности выполнением лишь элементарных домашних обязанностей.

7. Присутствие у обсессивных больных голотимного аффекта (связанного с содержанием обсессивно-фобических переживаний), суточных колебаний настроения или ангедонии (негативной аффективности по систематике Смулевича А.Б. [и др.], 1976), сменяющихся кратковременными гипоманиакальными эпизодами.

8. Появление (чаще в инцидуме заболевания) соматоформных психических расстройств сразу в виде «полисимптоматики» и относительно быстрое их обрастание и «перекрывание» другими психопатологическими феноменами.

При дальнейшем течении обсессивного шизотипического расстройства состояние пациентов характеризуется проявлениями несомненной аутохтонности процесса.

1. Происходит трансформация навязчивостей:

- Они быстро утрачивают прежнюю аффективную окраску, приобретая черты инертности и однообразия. В результате навязчивости на поздних этапах сближаются с моторными стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением.
- Их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности.
- Двигательные ритуалы символического характера нередко замещаются или сосуществуют вместе с вербальными ритуалами (повторение определенных слов, песен, навязчивый счет).

2. Постепенно при шизотипическом расстройстве появляются негативные расстройства, в структуре которых необходимо особенно подчеркнуть признаки гипотонического (астенического) дефекта с нарастанием отгороженности, аутизации личностных установок и недостаточной мотивированности эмоционального реагирования, личностных расстройств тревожного типа, склонности к самоанализу, рефлексии. Такая динамика является одним из важных свидетельств аутохтонности психического расстройства, клиническим содержанием которого являются фобические и обсессивные проявления.

2.2 Дисморфофобический синдром

Достаточно часто этот синдром, родственный, по мнению К. Phillips, А. Pinto, W. Menard [et al.] (2007), хотя и не идентичный обсессивно-компульсивным расстройствам, начинается с небредовых дисморфофобических проявлений, которые на этом этапе носят характер навязчивых, доминирующих или сверхценных идей мнимой либо преувеличенной физической неполноценности (излишней полноты) или уродства в связи с анатомическим дефектом (форма и/или размер носа, ушей, губ, рост, вес тела и т.п.), либо нарушением физиологических функций (наличие запаха пота, кишечных газов ит.п.), производящих отталкивающее впечатление на окружающих.

В целом при дисморфофобическом синдроме отмечается сочетание клинической картины с другими психопатологическими расстройствами: психастенического круга (самокопания, неуверенность, появление сомнений и т.п.), выраженной ауто- и соматопсихической деперсонализацией, вычурными навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрическими нарушениями, аффективными проявлениями.

В зависимости от превалирования той или иной составляющей дисморфофобического синдрома выделяются два его варианта: а) деперсонализационно-дисморфофобический и б) аффективно-дисморфофобический.

а) Деперсонализационно-дисморфофобический вариант

Этот вариант наиболее характерный для шизотипического расстройства. Дисморфофобические идеи касаются убежденности в собственной внешней уродливости, которая находится в тесной связи с ощущением утраты своих чувств, неполноты восприятия собственной личности, отсутствии эмоционального сопровождения двигательных актов. Действия больных воспринимаются ими «как бы автоматическими», лишены прошлой произвольности, неестественными и наигранными.

Таким образом, дисморфофобические расстройства, тесно переплетаясь с явлениями аутопсихической и соматопсихической деперсонализации, образуют сложный психопатологический комплекс расстройств. Больные не узнают себя в зеркале, лицо кажется чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением. Наряду с этим отмечается ощущение чуждости собственного тела и его частей, их легкости, воздушности или, наоборот, непривычной тяжести.

Практически все пациенты предпринимают попытки коррекции своих недостатков тем или иным способом, требуя обследования и лечения у специалистов, прибегают к изучению популярной и медицинской литературы. При этом важно подчеркнуть, что ядром сверхценного симптомокомплекса является проблема внешнего вида, а не соматического заболевания. Борьба с мнимыми дефектами становится чуть ли не содержанием жизни. При всем этом они могут продолжать учебу, начинают работать, обнаруживают относительную социальную приспособленность, но остаются замкнутыми и необщительными.

б) Аффективно-дисморфофобический вариант

Собственно дисморфофобические проявления у пациентов данной группы тесно переплетаются с депрессивными переживаниями и/или тревожными руминациями.

В то же время аффективная сфера не отличается той широтой и разнообразием спектра, каким обладают больные невротиками. Характерно появление вялой и витальной депрессии (подавление жизненно важных функций: голода, жажды, сексуальной неудовлетворенности). Преобладают идеи самоуничижения, малоценности и сенситивные идеи отношения, а при возникновении заболевания в юношеском возрасте - сочетание

тоскливого аффекта (в ряде случаев с раздражительностью, злобностью и явлениями адинамии) с явлениями ангедонии (негативной аффективности), чувством безразличия, с идеаторной и моторной заторможенностью. У половины больных при этом выявляются суицидальные мысли, у четверти - имеют место суицидальные попытки.

При этом дисморфофобические идеи выступают как одна из сторон депрессивного мировоззрения (Этингоф А.М., 2004). Пациенты считают себя неинтересными, непривлекательными внешне. Некоторые больные конкретно описывают свои «физические недостатки», но обычно такая конкретизация оказывается вторичной. Пациенты часто говорят, что они «просто хуже других», причем не только по своим физическим параметрам, но и по психическим и умственным.

2.3. Небредовой ипохондрический синдром

Клиническая категория «ипохондрия» охватывает широкий круг патологических проявлений соматопсихической сферы, включающий такие психопатологические феномены, как расстройства телесного самосознания - образа и схемы тела, психосенсорные расстройства, коэнестезиопатии, соматизированную тревогу и др. (Волець Б.А., 2009).

Врожденные свойства личности, предрасполагающие к формированию ипохондрических расстройств, наиболее полно отражает группа аномалий соматопсихической сферы- «соматоперцептивная психопатия» (по Lemke R. , 1951) или «невропатическая конституция» (Lemke R., Rennert H., Harbauer H., 1974 - цит.по Смулевичу А.Б, 2017).

Преморбидные особенности этих пациентов характеризуются наличием особого рода уязвимости, которую мы рассматриваем в рамках психосоматического диатеза. Такой диатез проявляется уже с раннего детства субклиническими явлениями в сфере телесной перцепции. Высокая частота инфекций (грибковые, стафилококковые, герпетические поражения), отражающая снижение иммунитета, дополняет характеристику рассматриваемой соматически стигматизированной почвы.

Как показало исследование А.С.Розиной (2010), ипохондрическая симптоматика при шизотипическом расстройстве отмечается в 26,5%. При этом небредовая ипохондрия характеризуется преобладанием коэнестезиопатических расстройств, что обуславливает сходство болезненной симптоматики с проявлениями общесоматической патологии.

Шизотипическое расстройство с проявлениями небредовой ипохондрии характеризуется относительно благоприятным течением. Жалобы больных сочетаются с развитием следующих явлений:

- 1) фиксация на деятельности внутренних органов;
- 2) страх телесного недуга, основанный на ложной интерпретации болезненных ощущений;
- 3) несогласие с медицинской аргументацией необоснованности жалоб;
- 4) поиск повторных консультаций, обследований или «исцеления» с помощью нетрадиционных методов лечения.

Таким образом, клиническая картина небредовой ипохондрии складывается из сенестопатий (коэнестезиопатий) и тревожно-фобических расстройств ипохондрического содержания, сопровождающихся явлениями ипохондрически стигматизированного поведения (частые обращения за медицинской помощью, самоощажение, оздоровительные мероприятия) на базе конституционального или нажитого предрасположения (психосоматический диатез - соматоперцептивная психопатия по R. Lemke, 1951).

Следующие критерии позволяют отнести эти расстройства к шизотипическому расстройству:

- 1) видоизменение по мере развития болезни нозологически неспецифических (на начальных этапах) осевых коэнестезиопатических расстройств во все более свойственные аутохтонному процессу нарушения (трансформация персистирующих однообразных, штампованных телесных сенсаций в нарушения круга сенестезий и сенестопатий);
- 2) углубление негативных расстройств (нарастающие изменения личности). При этом в некоторых случаях небредовая ипохондрия формируется по механизму антиномного (полярного по отношению к исходным особенностям личности) сдвига со становлением аддиктивных феноменов, замещающих прежние пристрастия и не являющихся проявлением динамики психопатий (Смулевич А.Б., Волель Б.А., Романов Д.В., 2008);
- 3) нарушение социального функционирования.

Дифференциация клинических проявлений обнаруживается уже на начальных этапах небредовой ипохондрии, манифестирующей крайними - гипертипическими нарушениями и усиливается по ходу течения заболевания, что позволяет разделить их

на два типа (Серебрякова Е.В., 2007; Волель Б.А., 2009):

- обсессивно-истерический вариант (навязчивая ипохондрия и истерическая ипохондрия).
- коэнестезиопатический вариант (сенестоипохондрия; сенестоипохондрия с синдромом сверхценной одержимости).

Несмотря на признаки истерического поведения (в первую очередь демонстративность) и конверсионные расстройства, а также массивную сомато-вегетативную симптоматику (наблюдающуюся при навязчивой ипохондрии), у этих больных отсутствует склонность к тревожным опасениям ипохондрического содержания, страх перед возникновением какого-либо заболевания или смерти от тяжелого недуга. Весьма существенны отличия и от бредовой ипохондрии, при которой идея наличия какого-либо заболевания (рак, сифилис) не связана с возникновением сенестопатий, первична и возникает аутохтонно либо после психогенной провокации.

Еще одной особенностью данного вида расстройств является постепенно нарастающая тенденция к аутоагрессии. В этом плане можно отметить используемые пациентами еще на ранних этапах заболевания небезопасные для них же «приемы» для преодоления болевых ощущений, отличающиеся вычурностью, нелепостью и даже травматичностью. Некоторые из больных (в тех случаях, когда возникновение или усиление мучительных телесных ощущений связывается с процессом пищеварения) постепенно переходят на голодную диету: ограничивают рацион, исключая продукты, употребление которых сопровождается, по их мнению, болями или другими неприятными ощущениями.

2.4. Конверсионно-диссоциативный синдром

Необходимо подчеркнуть, что при переходе от психологических к клиническим оценкам проблемы диссоциативные расстройства (в психопатологическом аспекте) выступают в качестве эпифеномена, формирующегося на базе иных первичных психопатологических образований (Смулевич А.Б., Иванов С.,В., Мясникова Л.К. [и др.], 2014).

В отличие от конверсионно-диссоциативных расстройств невротической природы, при шизотипическом расстройстве конверсионно-диссоциативные явления характеризуются отсутствием психогенеза, «оторванностью» от внешних обстоятельств, а также некоторыми особенностями клинической картины и динамики состояния, что делает

правомочным предположение об иных, чем при невротических состояниях, патогенетических механизмах этих расстройств и их близости к расстройствам шизофренического спектра.

Встречается чаще у девочек с преморбидной истероидной акцентуацией (Личко А. Е., 1983; Даниленко О. А., 2011). Однако чаще всего в этом случае имеет место «сепарирующая диссоциация» - детачмент (detachment, англ. — сепарация, разъединение) диссоциации (ДД), при которой расстройства психической деятельности определяются полным её отчуждением (Allen J.G., Console D.A., Lewis L., 1999; Brown R.J., 2006; Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. [et al.], 2005).

При конверсионно-диссоциативном синдроме в рамках шизотипического расстройства некоторыми авторами (Гиндикин В. Я., 1997; Смулевич А. Б., 1996) выделяется три основных этапа развития заболевания.

Начальный этап характеризуется клиническим разнообразием, яркостью, лабильностью истерических проявлений. Пациентов отличают склонность принимать желаемое за действительное, фантазирование до состояния экзальтации, стремление удивлять окружающих неожиданными выдумками.

На втором этапе имеет место кульминационное развитие истериформной симптоматики с яркими, пышными, гротескными проявлениями - ощущение «спазма в горле», припадки со слезами и рыданиями по ничтожному поводу, внезапное онеменение конечностей и т. п., которые в сочетании с развязностью поведения, расторможенностью влечений, лживостью, бродяжничеством приближаются к гебоидным расстройствам. При этом истериформная симптоматика не имеет непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией или же не устраняется после ее разрешения, приобретая массивный, утрированный характер. Пациент демонстрирует истериформную симптоматику, не отслеживая при этом реакции окружающих, не пытаясь играть на публику, не преследуя никаких меркантильных целей.

Истериформная симптоматика принимает гротескные, утрированные формы, при этом отмечается:

1) наличие сложных связей истерических расстройств с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими кататимно окрашенными представлениями (о «необыкновенной любви», идеальных взаимоотношениях с объектом экстатических

привязанностей), вспышками генерализованной тревоги и сенесто-ипохондрическими симптомокомплексами;

2) инертность истерических невротоподобных проявлений - длящиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония, дисфагия, писчий спазм и др.;

3) обильное и рано начавшееся в структуре заболевания патологическое фантазирование, характеризующиеся отстраненным содержанием, напоминающим сновидения или грезы и носящее грубый, вычурный и даже нелепый характер, с чувством охваченности, яркой визуализацией сценподобных причудливых представлений пациента в глазах окружающих; при этом собственные фантазии принимаются за действительность, что приводит к серии неудач и разочарований;

4) постепенное сужение диапазона содержания фантазий, их переход на шизоидный полюс: усложнение и стереотипизация фантазий; усиление произвольности фантазий, их отвлеченный характер, нередко представляющий собой схемы, маршруты, причудливые малопонятные игры, математические построения, «научнообразное» творчество; больной чаще не зритель, а участник своих фантазий; появление стойких агрессивных и садистических фантазий.

5) возможность трансформации патологического фантазирования в бред воображения (по Дюпре), который вытекает из склонности личности к фантазированию, к спонтанной ассоциации идей и образов, приводящей к новым построениям и комбинациям; возникает остро («по интуиции, вдохновению, озарению»), а при более злокачественном течении заболевания - трансформируется в псевдогаллюцинации.

На этапе угасания истериформные проявления бледнеют, стереотипизируются, набор их становится все более бедным, приобретая характер монотонных штампов; выявляется диссоциированность всей психической жизни с немотивированным отказом от прежних привязанностей и интересов, переменой жизненного уклада.

2.5. Деперсонализационно-дереализационный синдром

Аналізу собственно диссоциативных расстройств, выступающих в пределах аутохтонно-процессуальной части шизофренического спектра (в клинике шизофрении), посвящено большое число клинических исследований (Ахапкина М.В., 1993; Беззубова Е.Б.; Воробьев В.Ю., 1971; Haug K., 1939).

В качестве объектов психопатологического анализа в большинстве из них выступают явления ауто-, алло- и соматопсихической деперсонализации, а также психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*), т.е. диссоциативные расстройства, относимые к категории детачмента («сепарирующей диссоциации», при которой расстройства психической деятельности определяются полным её отчуждением).

Относительно небредовых форм деперсонализации, которые относятся к области «малой» психиатрии, можно отметить следующее.

Деперсонализационный синдром обычно развивается на фоне пограничного (повышенная впечатлительность, эмоциональная неустойчивость, живость воображения, аффективная лабильность, уязвимость к стрессу) или шизоидного расстройства личности (замкнутость, избирательная чувствительность к внутренним конфликтам, холодность к окружающим). А.Б.Смулевич, С.В.Иванов, Л.К.Мясникова [и др.](2014) отмечают, что преморбидные характеристики таких пациентов отличаются двойственностью натуры (диссоциированностью, которая в психоаналитической литературе интерпретируется как проявление множественной личности) и полярностью дименсиональной личностной структуры, что обуславливает существование личности как бы в двух измерениях: во «внутренней» (аутизм с ощущением отстраненности от внешнего мира) и «внешней» реальности (конвенциональные установки личности, направленные на следование социальным нормам). Целесообразно отметить, что наличие «двойственности натуры» рассматривается в ряде исследований в качестве одной из коренных характеристик шизоидного расстройства личности. По выражению Е. Kretschmer (1930), у шизоидов «различают внешнюю сторону и глубину»; по П.Б. Ганнушкину (1933), «в психике шизоидов словно две плоскости».

В качестве доминирующего синдрома деперсонализационно-дереализационные переживания в структуре шизотипического расстройства наблюдается крайне редко (Воробьев В.Ю., 1971), выступая в этом случае, с нашей точки зрения, в качестве позитивных расстройств.

В дебюте заболевания преобладают явления **невротической деперсонализации** в трех основных психических сферах (восприятие, мышление, эмоции):

- обостренное самонаблюдение (рефлексия);
- жалобы на потерю «чувственного тона»;
- исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего.

Постепенно развивается клиническая картина **сверхценной деперсонализации**, которая определяется явлениями отчуждения, выступающими в различных сферах самосознания (ауто-, алло- и соматопсихическая деперсонализация). В целом это кумулируется в форме снижения витальности, инициативы и активности.

Деперсонализация в этом случае представлена следующими вариантами:

Проявления аутопсихической деперсонализации:

1. Отчуждение восприятия целостности, единства своего «Я»: замена чувства взаимосвязи, гармонии, упорядоченности и последовательности ощущением бессвязности и разобщенности, расщепленности, рассогласованности и дезавтоматизации. В результате события воспринимаются как оторванные друг от друга, не имеющие общей канвы. У больных возникает ощущение, что все действия, поступки, речь, движения совершаются как бы автоматически, помимо собственной воли, они воспринимаются как отчужденные, осуществляемые как бы не ими, а другим лицом.

2. Отчуждение дифференцированных эмоций - изменение своего эмоционального мира: ощущение эмоциональной недостаточности, «неспособности переживать, любить, ненавидеть», снижения или даже «потери» чувств к людям, событиям, природе, способности к радости или печали, своих возможностей переживать, своей рефлексии, что воспринимается как проявление неполноценности и недостаточности, субъективно затрудняющее понимание других людей. Дальнейшее развитие психической анестезии характеризуется появлением мучительного чувства утраты эмоций (обида, сострадания, привязанности или радости), потери эмоционального резонанса - больные субъективно переживают полное бесчувствие к близким людям, утрату способности ощущать удовольствие и неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живыми трупами». Сюда же следует отнести и некоторые жалобы на «утрату» или «прерывистость» чувства времени (больной видит движение часовых стрелок, но время для него застыло на месте) с переживанием неподвижности, отсутствием перемен. В то же время, как отмечает С. В. Циркин (2012), в этом случае, несмотря на жалобы об отсутствии эмоций, их реальная сохранность подтверждается поведением пациентов.

3. Отчуждение идеаторных форм самосознания: восприятие себя в целом не таким, как прежде, сознание измененности себя, своего внутреннего мира, психического функционирования (памяти, мышления) с ощущением умственного и духовного

оскудения, «тумана» и «пустоты» в голове, «отупения», «поглупения» и «интеллектуальной неполноты восприятия». В результате пациенты воспринимают себя полностью лишенными собственного мировоззрения, взглядов, суждений, превращенными в безликих личностей. Они свое поведение находят «неестественным», «наигранным», что делает их «чужими среди людей», затрудняет общение с ними, отчуждает их.

Проявления соматопсихической деперсонализации:

1. Отчуждение восприятия своего физического «Я» (при этом отмечается «чуждость» восприятия собственного лица, отраженного в зеркале, что сразу обращает на себя внимание пациента своей субъективной неадекватностью), ощущение омертвелости собственного тела или его частей.

2. Ощущение неполноценности функционирования тех или иных сенсорных функций (утрата телесных чувств), когда собственные психические и физиологические процессы начинают сопровождаться ощущением чуждости (например, в слуховой модальности, в результате чего звуки тускнеют).

Проявления аллопсихической деперсонализации (дереализации):

1. Ощущение измененности и отчуждения окружающей реальности, отгороженности от нее, чувство безжизненности застывшего окружающего мира («люди как манекены»), его нарисованности, блеклости, «расплывчатости».

2. Ощущение «тумана», «невидимой пелены» или «сетки», «незримой стены» и т.п. между собой и окружающим; восприятие происходящего как во сне или как нереального (призрачного) при одновременном рациональном осознании мира как реально существующего.

В целом при шизотипическом расстройстве деперсонализационный синдром, определяющий клиническую картину заболевания, чаще всего касается преимущественно аутопсихической деперсонализации (в той ее части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания). Деперсонализационные проявления выступают чаще всего в тесной взаимосвязи с ипохондрическим самоанализом. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены при этом менее заметно.

В случае же несколько более прогрессивного течения аутохтонного процесса трансформируются и деперсонализации (хотя явления психического отчуждения в принципе обратимы), представляя в этом случае уже не искажение эмоций, а структуру дефицитарных изменений - дефектную деперсонализацию. На первый план при дефектной

деперсонализации выступает «чувство неполноты», распространяющееся как на сферу эмоциональной жизни, так и на самосознание в целом. Проявления дефектной деперсонализации следующие:

- жалобы больных на измененность, «отупение», примитивность, отсутствие прежней душевной тонкости все в большей степени начинает соответствовать объективному характеру эмоциональной обедненности пациентов. В этом случае имеется не нарушенное самосознание, а «адекватное фиксирование больным реально произошедших психических изменений у него самого» (Циркин С. Ю., 2012);
- отсутствуют переживания неадекватности перемен в эмоциональной сфере, больные стремятся рационально их обосновать, заявляя: «а зачем нужно волноваться?» (Циркин С.Ю., 2012);
- отчуждение связи с людьми, выступавшее прежде в картине аутопсихической деперсонализации, теперь уступает место истинным затруднениям общения: трудно войти в новый коллектив, уловить нюансы ситуации, прогнозировать поступки других людей;
- необходимость больных постоянно «подстраиваться» под общее настроение, следовать за ходом мысли собеседника.

2.6. Астено-аффективный синдром

Многих исследователей на протяжении последних десятилетий интересует вопрос участия депрессивного симптомокомплекса в структуре состояний, отличных от аффективной нозологии, а именно – шизофрении и шизотипического расстройства. Такой интерес в значительной степени обуславливается тем обстоятельством, что в течение долгого времени аффективная симптоматика не считалась специфичной для расстройств шизофренического спектра, хотя в действительности, как показывает многочисленная практика последних лет, она чрезвычайно характерна для аутохтонных заболеваний вообще.

Уместно напомнить, в руководстве по психиатрии от 1983 года под редакцией академика А.В.Снежневского к основным клиническим особенностям **малопрогрессирующей шизофрении (шизотипического расстройства)** были отнесены

признаки циркулярности, выступающие в виде аутохтонных аффективных фаз на всем протяжении заболевания (Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983).

Об «аффективной» форме шизотипического расстройства (малопргредиентной шизофрении) говорят и другие исследователи (Аскарлов А.А., 1977; Мороз И.Б., 1983) выделяют **особую «аффективную» форму шизотипического расстройства** (малопргредиентной шизофрении). В основе такой формы фактически описывается представленность аффективной дименсии при разных видах шизотипического расстройства (неврозо- и психопатоподобного вариантов), которая характеризуется субдепрессивностью, гипоманиакальностью, смешанностью или биполярностью аффективного компонента (что является существенным для понимания аутохтонности имеющегося у больного расстройства). В зависимости от характера аффекта пациенты при этом либо склонны к бездействию, бесцельно-апатическому времяпрепровождению, самоанализу, бесплотным экзистенциально окрашенным пустым рассуждениям, либо, напротив, долго и увлеченно трудятся, часто при этом занимаются каким-то «важным» для них делом, которое фактически представляет собой достаточно оторванное от повседневной потребности «хобби». При смешанном характере аффекта гипомания, парадоксальным образом (схизис) сочетается с жалобами на плохое самочувствие, общую слабость и недомогание. При биполярном проявлении аффекта имеют место «зигзаги» в поведении (от бездействия к повышенной работоспособности и наоборот).

Одновременно с аффективной составляющей, исследователи отмечают наличие при этом течении расстройства астенического симптомокомплекса, что в начале заболевания может представлять большие трудности при проведении дифференциального диагноза шизотипического расстройства с неврастенией, для которой характерны жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, снижение профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах, невозможность сосредоточиться и непродуктивность мышления, раздражительность, ангедонию и небольшую степень подавленности и тревожности. Однако последующее развитие астенической симптоматики при шизотипическом расстройстве характеризуется принципиально иной, чем при неврастении (в структуре которой астеническая симптоматика нарастает к вечеру), динамикой.

Очень часто астеническая составляющая симптомокомплекса выступает в форме специфических для юношеского возраста, хотя до последнего времени недостаточно

изученных, состояний астении (с картиной «ювенильной астенической несостоятельности»). Первое подробное описание, отмечавшее, главным образом, необоснованное падение психической продуктивности этих пациентов, было дано в 1936г. M. Burger (цит. по Олейчик И.В., 1997). Эти состояния оценивались автором как нозологически неспецифичные, возрастные, наблюдавшиеся не только при шизофрении, но и при неврозах или психопатиях. Больные с такими проявлениями психического расстройства жалуются на затруднение, а порой и невозможность восприятия и переработки информации (прежде всего, вербальной), «неулавливание» логической взаимосвязи между отдельными словами или фразами во время прослушивания или чтения, «несхватывание» общего смысла текста, «неспособность» выделить главное из второстепенного, «невозможность» додумать мысль до конца, построить элементарную логическую цепочку. Чаще всего они говорят о том, что «понимаю часть, но не понимаю целого; или вообще не понимаю прочитанного; задумываюсь, отчего это происходит, после чего понимание становится еще более плохим». Больные чувствуют себя поглупевшими или неполноценными. Все это приводит к затруднениям в восприятии и осмыслении учебного материала и, как следствие - к несостоятельности в учебе.

Наряду с идеаторным расстройством, наблюдается утрата автоматизированных навыков, неуверенность правильности своей оценки и различения положительных и отрицательных эмоциональных стимулов, представлений и восприятий. Общим знаменателем всех этих нарушений является неспособность к подавлению конкурирующих тенденций в двигательной сфере. При дезавтоматизации повседневные, привычные движения и действия не могут совершиться без фиксации на них внимания и требуют волевых усилий.

В рамках таких представлений И.В. Олейчик (1997) обосновал гипотезу о том, что ядром симптомокомплекса юношеской астенической несостоятельности (протекающей в рамках циклотимии, искаженного пубертатного шизофренического криза или шизотипического расстройства) являются именно депрессии, носящие в этих случаях атипичный характер, что проявляется гипертрофией идеаторного компонента (когнитивные нарушения) при выраженной рудиментарности тимического и моторного.

Другие исследователи (Воловик В.М., 1979; Барзах Е.Н., 1984, 1986; Северный А.А., 1985; Личко А.Е., 1989) однозначно относят такие состояния к расстройствам шизофренического спектра, считая, что в их основе лежат своеобразные

(когнитивные) нарушения, приводящие к расстройствам мышления и проявляющиеся в нарушении концентрации внимания, резком снижении продуктивности и деятельности. Как указывают авторы, отличие юношеских состояний несостоятельности от «классических депрессий» заключается в том, что в последнем случае «депрессивная триада» является гармоничной и отсутствует рудиментарность тимического и моторного компонента. Отличаются также юношеские состояния несостоятельности и от так называемых «юношеских депрессий», при которых также, с одной стороны, более гармонично представлена «депрессивная триада», а с другой - наблюдается доминирование в клинической картине психосоматических (астено-ипохондрических, дисморфофобических) и поведенческих (психопатоподобных) нарушений.

Таким образом, отмечая преимущественно юношеский (до 25 лет) возраст появления этих состояний и их аутохтонный характер, исследователи не пришли к единому мнению о том, к какому полюсу (шизофреническому или аффективному) они ближе, часто рассматривая их как находящиеся в определенном «родстве» с каждым из этих полюсов.

Рассматривая проявления этого синдрома в рамках шизофренических расстройств, А.Б. Смулевич (2009) считает, что «почвой» в этих случаях оказываются негативные изменения по типу астенического дефекта, а провоцирующим фактором - повышенная интеллектуальная нагрузка (подготовка к экзаменационной сессии, завершение дипломной работы и т.д.).

При начальных проявлениях заболевания клиническая картина носит неспецифический характер и выражается в тотальной астении. Характерно преобладание явлений аутохтонной (не связанной с умственными или физическими перегрузками) астении. Отмечается повышенная утомляемость: доминируют слабость, разбитость, ощущение утраты мышечного тонуса, необычной физической тяжести, «ватности» во всем теле. Больные предъявляют жалобы на «нервное истощение», разбитость, плохую память, рассеянность и трудности осмысления материала, прогрессирующее падение успеваемости, наиболее отчетливо выступающее в период экзаменационных сессий, резкое снижение активности (побуждений, интересов), ослабление инициативности и энергичности, что приводит к заметному уменьшению продуктивности, так как при отдыхе силы восстанавливаются медленно и работа, требующая напряжения, внимания, выполняется с трудом.

Падение активности охватывает как идеаторную (выраженная умственная утомляемость), так и соматопсихическую сферы.

В идеаторной сфере, прежде всего, доминируют когнитивные нарушения, проявляясь в рассеянном внимании, снижении его концентрации (в результате чего затруднено запоминание нового и воспроизведение необходимого в данный момент материала), а также в расстройстве мышления, что приводит к нарушению целеполагания, выраженных затруднениям при умственной деятельности, дезавтоматизации интеллектуальной деятельности.

Иногда на этом фоне обнаруживаются интенциональные расстройства мышления: непроизвольное возникновение посторонних, не относящихся к делу мыслей, воспоминаний (ментизм), часто в виде чувственных ярких представлений, «обрывов», «отключений», «параллельности» мыслей, хаотического их движения вплоть до полного сумбура и даже неспособности к речевому контакту, что некоторые авторы относят к так называемым «малым идеаторным автоматизмам». Именно интенциональными расстройствами мышления определяется столь тягостное для этих больных переживание интеллектуальной несостоятельности.

В соматопсихической сфере преобладают синдромы витальной астении с головными болями и нарушением сна (который становится поверхностным, с замедленным засыпанием, не «освежающим» сном), а также - разнообразные вегетативные расстройства (в некоторых случаях на первом плане - явления физического бессилия, приобретающие форму нарушения общего чувства тела).

В результате в клинической картине этих состояний наблюдаются проявления обоих полюсов аутохтонной диады: когнитивные расстройства (отражающиеся в нарушении мышления), с одной стороны, и атипичные аффективные расстройства - с другой.

Особенность аффективных расстройств в этом случае заключается в наличии:

1) нечетких суточных колебаний состояния с улучшением умственной работоспособности к вечеру (витальное изменение аффективности);

2) непродолжительных гипоманиакальных состояний, которые в одних случаях бывают гармоничными, а в других - с признаками смешанного и дисфорического аффектов (по типу «Unlust» с недовольством собой и окружающими, угрюмостью, раздражительностью, злобностью, включающими, наряду с подавленностью, скуку,

безразличие, апатию, вялость, сопровождающиеся адинамией, снижением энергии и инициативы).

Течение при астено-аффективном синдроме, протекающем в рамках аутохтонного непсихотического расстройства (шизотипического расстройства), в редких случаях ограничивается однократным, хотя и затяжным, астено-депрессивным приступом, чаще оказываясь длительным. Важно отметить и ундулирующий характер течения заболевания, с размытостью границ и волнообразностью выраженности клинических проявлений, колебанием интенсивности когнитивных нарушений, вплоть до полного их исчезновения в ситуациях, не требующих усиленной интеллектуальной деятельности, с возвратом к прежней выраженности расстройств. При этом возможны обострения в форме аутохтонных, сезонных или экзогенно спровоцированных аффективных (циклотимоподобных) фаз, приближающихся по своим проявлениям к анергическим депрессиям с угнетенным, мрачным настроением, ангедонией и явлениями отчуждения (чувство безучастности, отстраненности от окружающего, неспособности испытывать радость, удовольствие).

В плане дифференциальной диагностики следует отметить, что похожие расстройства могут встречаться при циклотимии. Однако при аффективных нарушениях, в отличие от нарушений шизофренического спектра, отмечается доминирование когнитивных расстройств по типу «идеаторного торможения», которое, собственно говоря вторично и обуславливает расстройство концентрации внимания, занимая ведущее место в клинической картине: замедление темпа мыслительных процессов, уменьшение количества представлений и идей; рассеянность, трудности концентрации внимания, сосредоточения, невозможность осмыслить и запомнить прочитанный текст, затруднение при подборе слов и определений в разговоре, затруднения при формулировании мыслей. Анализируя наступившие перемены в мышлении, пациенты указывают на его тугоподвижность, «инертность», говорят о «медленных», «уставших» мыслях, часто подчеркивают появление ощущения пустоты в голове, хотя выраженной психической заторможенности у них не выявляется. Депрессивные переживания отличает простота аффекта, относительная гармоничность депрессивной триады, мономорфность синдромальной картины. Здесь чаще удается выявить суточные колебания состояния, характерные для аутохтонных депрессий, нарушения сна и аппетита. По минованию депрессивного состояния полностью редуцируются все болезненные когнитивные

проявления, не изменяется структура личности, практически восстанавливается трудоспособность.

Как известно, между непсихотическими и психотическими проявлениями аутохтонного расстройства предполагается схожесть патогенетических механизмов. Известно, что все психические заболевания располагаются в широком спектре проявлений, т. е. имеют как максимальную (психотическую), так и минимальную (непсихотическую) свою выраженность, что полностью соответствует адаптационно-компенсаторной модели развития психических расстройств. В результате непсихотические расстройства в инициуме нередко оказываются лишь этапом течения «больших» психозов, обнаруживая некоторые общие патогенетические механизмы, обуславливающие прогрессирующее развитие заболевания «по вертикали» (непсихотические аутохтонные расстройства— непсихотические аутохтонные расстройства—психотические аутохтонные расстройства).

Это обстоятельство позволяет рассматривать описанные выше клинические особенности психического расстройства как особую форму протекания заболевания, клиническая картина которого на всем протяжении характеризуется наличием астено-аффективного синдрома. Последний представляет собой по существу относительно благоприятный вариант шизоаффективного расстройства в рамках шизотипических состояний (подобно тому, как простой или бедный симптомами вариант шизотипического расстройства представляет собой относительно благоприятный вариант простой формы шизофрении) и выступает в форме шизодоминантных или аффектдоминантных психопатологических проявлений.

3. СУБПСИХОТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ НЕВРОЗОПОДОБНОМ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Неврозоподобная симптоматика, проявляющаяся при неврозоподобном шизотипическом расстройстве, в ряде случаев имеет тенденцию к «продвижению» в сторону психотического регистра заболевания, проявляясь в форме субпсихотических нарушений. У значительного числа больных (около 50%) с шизотипическим расстройством отмечается наличие субпсихотических эпизодов, которые, как правило, не являются основанием для госпитализации (Бобров А.С., Рожкова Н.Ю., Чуюрова О.Н., 2015). Наиболее часто, по наблюдению авторов, субпсихотические эпизоды возникали на этапе активного течения заболевания, реже - в продроме.

3.1. Субпсихотические обсессивно-фобические феномены

«Микропсихопатологическое изучение» (Pfohl В., Winokur G., 1983) эпизодического субпсихотического усиления шизофобических расстройств обнаруживает следующие особенности клиники.

1. Своеобразие расстройства мышления (Павличенко А. В., 2007) начинает проявляться в отчетливой двойственности и относительности критики к собственным переживаниям и поведению: она присутствует, хотя и в неполной степени, в спокойном состоянии, но исчезает на высоте переживаний.

2. Характерным свойством тревожно-фобических проявлений становится флотирующий («цепляющийся» к чему-то) характер тревоги, стимулируемый широким кругом малозначительных аверсивных (имеющих вредные свойства) внешних стимулов.

3. Отмечается своеобразие пароксизмальной тревоги, которую больные характеризуют как «смертельный страх», «ужас» (от английского «terror») вместо традиционного для чисто невротических расстройств определения ее как «паника» (Pitch R.J., Bermanzohn P.C., Siris S.G., 2001). В качестве ключевого признака для выявления тревожного синдрома в статусе пациента учитываются характерные соматические симптомы тревоги: чувство сердцебиения, холодный пот, нехватка воздуха и удушье, комок в горле и др.

4. Интеграция тревоги иногда может достигать степени «полного растворения» в психических переживаниях больного, а итоговая клиническая картина характеризуется гиперболизированной взбудораженностью, не соответствующей интенсивности других составляющих психического состояния.

А. Субсиндромальная галлюцинаторная симптоматика. В данном случае происходит замещение наиболее лабильных составляющих обсессивного синдрома обманами восприятия, относимыми многими к галлюцинаторным. А.С. Бобров, Н.Ю. Рожкова и О.Н. Уюмова (2015) в качестве субпсихотических галлюцинаторных образований рассматривают следующие состояния, которые возникают у больных с шизотипическим расстройством:

- эпизод вербального галлюциноза в виде «голоса извне как эхо» или «невнятного бормотания в голове»;
- оклики по имени;
- гипнагогический галлюциноз;

- в единичных наблюдениях – галлюцинации воображения Дюпре; «навязчивые галлюцинации» (Seglas J., 1892), когда больные заявляют, что «видят» слова, написанные на стене, в пространстве, на облаках, и могут их прочесть, причем отмечается чувство исключительного назначения этих «слов»;
- гаптические и висцеральные галлюцинации, которые проявляются в форме сложного обмана тактильного и общего чувства в виде ощущений охватывания, прикосновения, касания (Рыбальский М.И., 1992);
- панические эпизоды утраты физического ощущения своего тела («Оно мне не принадлежит, умираю, нахожусь не в этом мире»).

Отдельные авторы (Miguel E.C., do Rosario-Campos M.C., Prado H.S. [et al.], 2000; Fontenelle L.F., Lopes A.P., Borges M.C. [et al.], 2008) предпочитают использовать в этом случае термин «сенсорные ОК-феномены», чтобы подчеркнуть их отличие от развернутого галлюциноза. Сенсорные ОК-феномены характеризуются доминированием на первых этапах болезни эмоционально насыщенных представлений (например, образы кровавых сцен убийства), которые затем замещаются индифферентными для сознания образами (геометрические фигуры, предметы обихода). Характерные особенности нарушений восприятия при шизообсессиях позволяют говорить о своеобразии сенсорных ОК-феноменов. В частности, обращается внимание на их транзиторный характер с резким переходом от нормального восприятия к искаженному, которое возникает при экспозиции стимула, провоцирующего тревогу (Insel T.R., Akiskal H.S., 1986; Bürgy M., 2007; Fontenelle L.F., Lopes A.P., Borges M.C. [et al.], 2008).

В ряде случаев субпсихотическая галлюцинаторная симптоматика выступает в форме так называемых «галлюциноидов» (Рыбальский М.И., 1992), отличительной особенностью которых является незавершенность, недостаточная полнота оформления, рудиментарность и нереальность. Иными словами, галлюциноиды по своему положению занимают промежуточное место между истинными и псевдогаллюцинациями. С первыми их объединяет экстрапроекция, со вторыми – наличие интимной связи с патологией мышления, отсутствие естественности внешнего оформления, отсутствие ассимиляции с окружающей внешней обстановкой, отсутствие чувства реальности и факт нечеткой зависимости от органов чувств. Еще одна отличительная особенность зрительных галлюциноидов заключается в том, что зрительные образы локализуются не в центре поля зрения, а на его периферии. Иначе говоря, применительно к ним можно говорить об

экстракампинных галлюцинациях, поскольку больные утверждают, что видят образы боковым зрением либо даже за его пределами (Thomson С., 1982). Зрительные галлюциноиды имеют такие типичные для них признаки, как мимолетность, нечеткость и даже «обманчивость» их восприятия в виде теней, силуэтов, призраков, фигур с неясными очертаниями. Важно подчеркнуть, что подобные зрительные обманы исчезают, если больной предпринимает попытку взглянуть в образы, что принципиально отличает их от галлюцинаторных феноменов при делирии. Из этого косвенно следует, что в основе их происхождения лежит определенная гипотония психических процессов, тогда как активация психической деятельности приводит к их устранению.

Наконец, существует особая форма течения заболевания, когда обсессивные проявления в периоды резкого усиления obsессий частично сопрягаются не только с субпсихотическими псевдогаллюцинаторными феноменами, но и с явлениями психического автоматизма (Загороднова Ю.Б., 2010), которые варьируют в широких пределах, вплоть до «звучания мыслей» («Gedankenlautwerden» по Wernicke С., 1906). Их точная психопатологическая квалификация, равно как и правомочность применения к ним понятия «галлюцинации», до настоящего времени является предметом дискуссии.

Характерно особое, двойственное отношение пациентов к имеющимся у них психопатологическим расстройствам. С одной стороны, больными признается, что навязчивые мысли являются продуктом их собственного сознания (что отражает механизм, свойственный обсессивно-компульсивному расстройству), с другой - высказывается предположение о возможности внешнего влияния, нарушающего ход естественного мышления (черты психического автоматизма).

Однако при этом, несмотря на псевдогаллюцинаторные и автоматизированные феномены, для подавляющего большинства изученных случаев не характерно формирование бреда воздействия. Не возникает предположений не только о цели возможного внешнего влияния, но также о его источнике и способе передачи. «Чуждость» obsессий проявляется преимущественно на уровне ощущений. Бредовое поведение в строгом смысле этого слова не формируется.

Преобладает защитно-ритуальное и избегающее поведение, более характерное для обсессивно-компульсивных расстройств. Защитное поведение может исчерпываться идеаторными ритуалами в форме попыток замены тягостных «чужих» мыслей и образов на субъективно приятные или нейтральные, а также многократным проговариванием

«позитивных», успокаивающих утверждений.

Таким образом, несмотря на присутствие в клинической картине заболевания психических автоматизмов и галлюцинаторных расстройств, клинико-психопатологическая структура защитных действий исчерпывается мероприятиями, характерными для расстройств обсессивно-компульсивного круга. Иными словами, субпсихотическая составляющая симптомокомплекса навязчивых галлюцинаций является вторичной (по Попову Е.А., 1941) по отношению к обсессивным явлениям.

Следует также отметить, что избегающее поведение, сопряженное с опасениями реализации контрастных obsессий и навязчивых хульных мыслей, усиленных наличием овладевающих визуализированных представлений и овладевающих желаний, косвенно свидетельствует о родстве контрастных навязчивостей с импульсивными влечениями.

Б. Субсиндромальная бредовая симптоматика. А.С.Бобров, Н.Ю.Рожкова и О.Н.Уюмова (2015) в качестве субпсихотических бредовых образований рассматривают следующие состояния, которые возникают у больных с шизотипическим расстройством:

- ощущение постороннего присутствия в помещении, где находится больной;
- паранойяльную настроенность на фоне реального конфликта;
- элементы архаического бреда типа наведения порчи;

Ощущение постороннего присутствия представляет собой достаточно редкий и малоизвестный субпсихотический психопатологический «синдром присутствия» или Anwesenheit (буквально: «присутствие» [нем.] или обман осознания по Снежневскому А.В.) отличающийся недостаточно четкой структуризацией симптоматики, её рудиментарностью и незавершенностью, что затрудняет его трактовку как чисто бредового или галлюцинаторного феномена. Данное состояние характеризуется нарушением осознания истинной реальности (Thomson С., 1982) и ошибочным **ощущением присутствия** постороннего человека или существа в непосредственной близости, которое является несенсорным, то есть не воспринимается больным ни с помощью слуха, ни с помощью зрения (Jaspers К., 1923). Помимо этого, при феномене Anwesenheit пациент не рассматривает происхождение объекта переживаний и не указывает на какие-либо его дополнительные характеристики. Таким образом, от истинных галлюцинаций этот синдром отличается отсутствием факта восприятия объекта, а от бредовых переживаний – отсутствием уверенности в реальности основы для данного переживания, что часто приводит к поискам больными объекта, чтобы подтвердить правильность своих

предположений (Thomson С., 1982).

Как правило, подобные состояния возникают при ясном сознании, когда больной находится в одиночестве дома или в другом помещении. Реже подобное ощущение возникает на открытом пространстве.

В некоторых случаях основой бредового настроения является эпизодическая генерализация тревоги. При приступах, протекающих с преобладанием аффективных нарушений, навязчивые идеи самообвинения принимают форму тревожных руминаций («пережевывание, повторение»), на высоте переживаний, достигающих уровня бредовой убежденности;

В этом случае имеет место:

а) фиксация неясных изменений в себе самом с ощущением предуготованности для исполнения какой-то новой необычной роли;

б) неоформленные подозрения с улавливанием предназначенной для больной нарочитости поступков и слов окружающих, а также скрытого смысла в окружающем предметном мире;

в) изменчивая бредовая фабула, пока еще «не раскрытая» пациентом, в которой присутствуют необычность и странность со стороны окружающих, рассчитанные на его внимание; в контексте последних реализуется многократный перебор как прошлых, получающих негативную оценку поступков, так и возможных ошибочных действий в будущем;

г) многократное возвращение к месту, где, по их мнению, мог произойти несчастный случай (обсессии повторного контроля - Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Иванов С.В. [и др.], 1998), попытки отыскать признаки случившегося несчастья, пятна крови, другие обличающие улики (нередко в неодушевленных предметах «различают» чей-либо изувеченный труп);

д) нестабильная критика к имеющимся расстройствам.

На высоте тревоги выявляются образные (овладевающие) представления, отражающие содержание бредовых идей: картины возможных последствий преследования, сцены измен и пр. Генерализованная тревога, проявляющаяся как в когнитивной (ощущение надвигающейся опасности, предчувствие неопределенной беды), так и в соматической (гипервентиляция, тахикардия, гипергидроз и пр.) сферах, неизменно сопутствует обсессивно-бредовым расстройствам.

В некоторых случаях на высоте переживаний обсессивного характера отмечается феномен «принятия невероятного за действительное», ассоциированный с магическим мышлением («навязчивости особого значения» по Jaspers К., 1923),

Это сближает данные навязчивости с острыми бредовыми состояниями. В то же время относить их к бредовым феноменам нельзя, поскольку существует определенное критическое отношение к обсессивно-фобическим расстройствам, отсутствуют четкие концепции, объясняющие пути проникновения в организм чужеродных агентов, а также ипохондрический бред (Павличенко А.В., 2007).

В целом же динамика аутохтонного процесса в случаях обсессивного бреда (как и в случаях навязчивых галлюцинаций), соответствует таковому при неврозоподобной шизофрении, протекающей с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств (Колоцкая Е.В. 2001; Железнова М.В., Колоцкая Е.В., 2007; Стась С.Ю., 2008; Железнова М.В., 2008), а не бредовой шизофрении. Выявленные различия в динамике «навязчивостей особого значения» (персистирование магического мышления совместно с обсессивно-компульсивными расстройствами) и навязчивых псевдогаллюцинаций (формирование исключительно в условиях экзацербаций обсессивно-компульсивных расстройств) свидетельствует о различных механизмах развития изученных симптомокомплексов.

С течением болезни, как отмечают М.В. Железнова и Е.В. Колоцкая (2007), защитные ритуалы приобретают черты, свойственные расстройствам бредового уровня, о чем свидетельствует появление патологической убежденности в необходимости выполнения ритуалов и полного отказа от борьбы с ними. Такая трансформация обсессивно-компульсивных расстройств свидетельствует о необходимости их рассмотрения в рамках параноидной шизофрении.

В. Субсиндромальная кататоническая симптоматика. Отдельного упоминания стоит отмечаемое многими авторами феноменологическое сходство выраженных обсессивных состояний (так называемые злокачественные обсессии) с симптомами кататонии (Hwang M.Y., Opler I.A., 1994).

В этом случае, как отмечают Е.В.Колоцкая и И.В.Горшкова (2015), на 5-8 году шизообсессивного заболевания, начавшегося у пациентов в юношеском возрасте(овладевающие представления, контрастные обсессии, навязчивые сомнения, включая навязчивости повторного контроля) и обусловленного им защитного поведения

(идеаторные ритуалы, «структурированный счет», контранксиозные, то есть антитревожные ритуалы и навязчивые воспоминания) присоединяется характерный набор симптомов, определяемый как **нарушения моторных функций**.

К ним относятся феномены, находящиеся «на стыке» обсессивных и кататонических расстройств: субстопорозные состояния, блокировка («застревание»), стереотипизация моторики, дискинезии, эхо-феномены и каталепсия (восковая гибкость, изменения мышечного тонуса, вычурные позы). Эти кататонические феномены возникают на высоте обсессии и исчезают в периоды послабления обсессивной симптоматики. В МКБ-10 описанию данных состояний соответствует рубрика F23.1.

Эти состояния, как правило, являются лишь первым (допсихотическим) этапом течения аутохтонного процесса и могут впоследствии полностью замещаться синдромами психотического уровня, определяющими дальнейший стереотип развития заболевания и формирование дистонического (при расширении обсессивно-компульсивных проявлений заболевания за счет кататонической симптоматики) или псевдоорганического (при «наслаивании» обсессивно-компульсивной симптоматики на предшествующие ей кататонические проявления заболевания) типа дефекта.

3.2 Субпсихотические дисморфофобические проявления

О субпсихотическом уровне дисморфофобических переживаний можно говорить лишь в том случае, когда имеет место нарастание и дальнейшее «расширение» дисморфофобической симптоматики. Дисморфофобические идеи достаточно быстро начинают носить, как правило, политематический характер, характеризуясь редуцированностью эмоционального компонента, тенденцией к трансформации ритуалов в стереотипии. Кроме того, нарастает ипохондричность, появляются патологические телесные сенсации, которые имеют характер эссенциальных сенестопатий. Как отмечает В.И. Крылов (2003), наблюдаются изменения сенсорной модальности сенестопатий: при голодании больные отмечают появление особого, трудно передаваемого ощущения термического характера - «холода», «зябкости» в желудке.

Можно сказать, что такого рода субпсихотические состояния являются «промежуточными» между непсихотическими формами дисморфофобии и **психотическим** уровнем расстройств: дисморфическим бредом (дисморфоманией - Коркина М.В., 1984) и в МКБ-10 могут быть квалифицированы под рубрикой F22.8.

3.3 Субпсихотическая ипохондрическая симптоматика

В тяжелых случаях имеет место эпизодическая бредовая убежденность в наличии у себя тяжелой соматической болезни, не поддающаяся на высоте переживаний разубеждению или сомнению. Разуверившись в лечении, больные пассивно констатируют факт жизненного краха, обусловленного соматическими причинами, хотя при этом формально признают наличие у себя психического расстройства, примиряются с собственной ущербностью, ведут затворнический образ жизни.

При дальнейшем течении заболевания может происходить формирование психотической симптоматики, что диагностируется как **ипохондрическая паранойя F22.0**: убежденность в соматической природе страдания (нозомания), бред поражения тяжелым (опасным для жизни) заболеванием. Формируется вне связи с патологией внутренних органов или кожного покрова. В последние годы чаще всего встречаются бред инфицирования венерическим заболеванием (преимущественно СПИД) и канцеромания (Смулевич А.Б., 2011б).

3.4 Субпсихотическая конверсионно-диссоциативная симптоматика

Заключается в возможности возникновения истерической симптоматики субпсихотического или даже, на короткий период, психотического уровня. Эти состояния, возникая после стрессовых ситуаций, оказываются затяжными и продолжаются иногда более полугода. В клинической картине преобладают генерализованные (преимущественно диссоциативные) истерические расстройства: помрачение сознания, галлюцинации воображения Дюпре с мистическими видениями и голосами, двигательное возбуждение или ступор, судорожные истерические пароксизмы. Явления расстроенного сознания обычно быстро подвергаются обратному развитию, а остальные признаки психоза обнаруживают стойкость, несвойственную психогенно обусловленной истерической симптоматике, и ряд особенностей, сближающих их с нарушениями более тяжелых субпсихотических регистров.

Так, обманы восприятия, сохраняя сходство с галлюцинациями воображения (образность, изменчивость содержания), постепенно приобретают черты псевдогаллюцинаторных расстройств, свойственных симптомам 1-го ранга К. Шнайдера: насильственность и произвольность возникновения, ощущение внешнего контроля над функциями организма. Кроме того, появляется склонность к «магическому мышлению», о

котором писал Е. Kretschmer (1930); двигательные истерические расстройства утрачивают демонстративность и выразительность, сближаясь с субкататоническими нарушениями.

3.5 Субпсихотическая деперсонализационная симптоматика

При генерализации деперсонализационных расстройств на первый план выступают явления болезненной анестезии (лат. *anaesthesiapsychicadolorosa*). Чувство бесчувствия проявляется, прежде всего, потерей эмоционального резонанса. Больные отмечают, что живопись и музыка не вызывают у них прежнего душевного отклика, а прочитанное воспринимается как холодные голые фразы - нет сопереживания, отсутствуют тонкие оттенки чувств, утрачена способность ощущать удовольствие и неудовольствие. Пространство как бы уплощается, окружающий мир представляется измененным, застывшим, пустым.

Явления аутопсихической деперсонализации могут при этом достигать степени полного отчуждения, потери своего Я. Больные утверждают, что их психическое Я погасло: они утратили связь с прошлой жизнью, не знают, какими были прежде, их как бы не касается происходящее вокруг. В некоторых случаях нарушается и сознание активности Я - все поступки воспринимаются как нечто механическое, бессмысленное, чуждое. Отмечавшееся еще в дебюте заболевания чувство утраты связи с окружающими усиливается до ощущения полного непонимания поведения людей, взаимоотношений между ними. Нарушается сознание идентичности Я и возникает противопоставление сознания Я внешнему миру. Больной перестает ощущать себя как личность, смотрит на себя «со стороны», испытывает мучительную зависимость от окружающих - у него нет ничего своего, его мысли и поступки механически перенимаются у других людей, он лишь разыгрывает роли, переходит в чуждые для себя образы. В этом случае отмечается выраженность суицидальных тенденций с попытками их реализации. В отличие от психотической деперсонализации, отсутствует ощущение сделанности собственных мыслей, поступков и движений.

3.6 Субпсихотическая астено-аффективная симптоматика

На высоте состояния отмечается значительный полиморфизм клинической картины, проявляющийся в сочетании различных психопатологических расстройств: кратковременных эпизодов острой деперсонализации и дереализации, гипнагогических и

рефлекторных галлюцинаций, рудиментарных сенситивных идей отношения, эпизодов тревоги, с возникновением (на высоте ее) ощущения надвигающейся катастрофы, сопровождающегося порой растерянностью. Своеобразные нарушения мышления, как правило, сопровождают эмоциональное снижение и падение активности.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – М.,2009. – 47 с.

Воробьев В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации // Журн. невропатол. и психатр. им С.С. Корсакова. – 1971. – Вып. 8. – С.1224-1232.

Гомозова А.К. Обсессивно-компульсивное расстройство: комплексное психопатологическое и психометрическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед.наук – М., 2010. – 22 с.

Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. - 288 с.

Колуцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушения шизофренического спектра – автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – М., 2001. – 26 с.

Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства /Под ред. А.П.Коцюбинского. – СПб: СпецЛит, 2015. - 495 с.

Краснов В.Н. Диагностика шизофрении // Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова (и др.) – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 443-450.

Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. -216 с.

Незнанов Н. Г. Персонализированная медицина и семантика персонализированного диагноза // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы конф. 19-21 сентября 2013, Самара / под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова. – Самара. – 2013. – С. 3.

Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния при расстройствах шизофренического спектра (феноменология, динамика, коморбидность): автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2007. - 22 с.

Попов М.Ю. Теоретические предпосылки концептуализации шизофрении. Сообщение 1. Диагностическое значение фактора прогрессивности // Рос. Психиатрический журнал. - 2004а. - № 3. – С.28 - 34.

Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности // Журн. невропатол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. – 1985. - № 11. – С. 1674-1680.

Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общемедицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн.им. П.Б. Ганнушкина. -2002. - № 5. – С.172 - 175.

Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журн. неврол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. – 2009 в. - № 11. – С. 4 – 15.

Снежневский А.В. Клиническая психопатология: руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 16 – 97.

Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Бином, 2012. – 288 с.

Шлемина И.В. Клиника шизотипического расстройства (малопрогрессирующей шизофрении), сочетающегося с алкоголизмом: автореф. дис. ...канд. мед.наук. – М., 2009. – 22 с.