

На правах рукописи

Лобанова Вероника Маратовна

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ

19.00.04 – медицинская психология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Научный руководитель:

Академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор **Смулевич Анатолий Болеславович**

Официальные оппоненты:

Бабин Сергей Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии, профессор кафедры

Корнетов Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра фундаментальной психологии и поведенческой медицины, исполняющий обязанности заведующего кафедрой

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «15» декабря 2021 г. в 11 часов на заседании диссертационного совета Д208.041.05, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская, д. 43

Почтовый адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2021 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
доцент

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность темы

Проблема расстройств личности (РЛ), реализующихся в клиническом пространстве шизофрении, мало изучена. В качестве исходной позиции настоящего исследования эта группа психопатоподобных образований рассматривается, в соответствии с дименсиональной парадигмой, в качестве самостоятельного психопатологического домена:

Особую значимость в свете проводимого анализа психопатоподобных изменений приобретают психологические исследования с применением современного психометрического инструментария, позволяющие изучить феномен процессуально обусловленной личностной деформации на доказательном, статистически достоверном уровне.

Степень разработанности темы

Несмотря на достигнутые в разработке клинических аспектов проблемы психопатоподобных расстройств при шизофрении достижения (Сухарева Г.Е., 1932; Гейер Т.А., 1935; Снежневский А.В., 1972; Смулевич А.Б., 2011, 2017; Коцюбинский А.Н., 2017; Bleuler E., 1911; Kretschmer E., 1921; Mauz F., 1930; Mayer-Gross W., 1932, Еу Н., 1957; Strauss et al., 1977; Solano & Chávez 2000; Reactor A., 2005), на современном этапе развития психологической науки сохраняется ряд нерешённых проблем, требующих дальнейшего исследования:

1. Психометрически верифицированное, статистически достоверное исследование вклада процессуальных дименсий (негативных и позитивных расстройств) в структуру психопатоподобных изменений при шизофрении;
2. Разработка на базе психометрического метода унифицированной типологии личностной деформации, реализующейся в клиническом пространстве шизофрении;
3. Комплексное психометрическое исследование выделяемых типов психопатоподобных расстройств;
4. Исследование феномена псевдопсихопатии с применением современного психометрического инструментария, позволяющее изучить механизмы

формирования нажитых личностных структур с установлением параметров соучастия процессуальных дименсий в формировании новых, образовавшихся в течение болезненного процесса патохарактерологических дименсий.

Цель исследования

Построение клинико-психометрической (включающей данные как кросс-секционного, так и лонгитудинального анализа) модели личностных аномалий, выступающих в клиническом пространстве шизофрении.

Задачи исследования

1. Установление связи психопатоподобных расстройств, релевантных РЛ кластеров А (шизоидное / шизотипическое / параноидное), В (нарциссическое / истерическое / пограничное), С (тревожное / избегающее / ананкастное) с основными формами шизофренического дефицита (эмоционального / апато-абулического) на статистически достоверном уровне;
2. Определение клинико-психологических характеристик и механизмов формирования психопатоподобных расстройств, выступающих во взаимосвязи с негативной симптоматикой в структуре «общих синдромов» (Смулевич А.С., Лобанова В.М., 2018).

Облигатное условие проведения исследования – формирование выборки, клинические характеристики которой позволяют установить корреляции психопатоподобных расстройств, релевантных характерологическим аномалиям различных кластеров РЛ, со структурой дефекта.

Научная новизна

В настоящей работе анализ патохарактерологической деформации, реализующейся в клиническом пространстве шизофрении, впервые проводится: 1) в соответствии с современной дименсиональной парадигмой; 2) при включении в исследование не только патохарактерологических аномалий шизоидного и шизотипического круга, но полного спектра РЛ (кластеры А, В, С).

Установлено, что группирование психопатоподобных синдромов в психопатологическом пространстве шизофрении реализуется по принципу связи с ведущим доменом негативных расстройств и их ранжирование в соответствии с доминированием в клинической картине изменений апатоабулического либо эмоционального дефицита. Выделено 8 «общих» синдромов и 3 варианта псевдопсихопатий, объединяющих психопатоподобные и негативные расстройства, разработаны психометрические характеристики каждого из синдромов.

Представлены траектории развития РЛ, выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении. Согласно полученным в настоящем исследовании данным, динамика личностной трансформации при шизофрении в значительной мере определяется закономерностями течения эндогенного процесса (одноприступная, приступообразная и приступообразно-прогредиентная формы), а также тяжестью формирующегося шизофренического дефекта.

Теоретическая и практическая значимость работы

В настоящем исследовании решена актуальная для медицинской психологии и клинической психиатрии задача психометрической и статистической верификации психопатологической структуры и динамики психопатоподобных расстройств при шизофрении.

Теоретическая значимость работы определяется установлением на психометрически верифицированном, статистически достоверном уровне закономерностей соотношения: 1) структуры психопатоподобных расстройств с процессуальными дименсиями шизофрении (позитивными и негативными расстройствами); 2) механизмов патохарактерологической деформации с профилем преморбиды и стереотипом течения болезненного процесса.

Практическая значимость исследования определяется построением типологической дифференциации психопатоподобных расстройств, позволяющей повысить качество клинической и психологической диагностики, прогнозировать

социальный и клинический прогноз заболевания, осуществлять выбор адекватной психофармакотерапии и психотерапии.

Полученные результаты могут быть использованы при подготовке психологов и врачей, проходящих обучение в области психиатрии в рамках послевузовского образования, а также в практической деятельности клинических психологов, врачей-психиатров и психотерапевтов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Патохарактерологические (психопатоподобные) расстройства – третий, самостоятельный (наряду с позитивными и негативными образованиями), психопатологический домен, выступающий в клиническом пространстве шизофрении.

2. «Общие» (психопатоподобные расстройства, выступающие в клиническом единстве с негативными симптомокомплексами) синдромы ранжируются в соответствии с бинарной моделью шизофренического дефекта – по принципу доминирования в клинической картине апато-абулического либо эмоционального дефицита.

3. Динамика выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении РЛ реализуется тремя различными самостоятельными векторами (производными типов течения эндогенного процесса) – фазным, симультанно-прогредиентным, симультанным (с участием позитивных дименсий).

Внедрение результатов исследования

Результаты данного исследования внедрены в работу и использованы для разработки учебных и практических программ: кафедры психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет» им. И.М. Сеченова; Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения города Москвы; Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы.

Апробация работы

Результаты исследования были представлены на:

1. Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (г. Москва, 24 мая 2018 года).
2. Заседании ученого совета ФГБНУ НЦПЗ (г. Москва, 9 апреля 2019 года).
3. European College of Neuropsychopharmacology в формате e-poster (г. Копенгаген, 7-10 сентября 2019 года).
4. Научно-практической конференции «Психиатрия двух столиц» (г. Санкт-Петербург, 7 ноября 2020).
5. Научно-практическая конференция с международным участием «Шизофрения-психосоматика: новая парадигма» (г. Москва, 23 апреля 2021).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 7 из них в научных журналах и изданиях, включенных в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, монография в соавторстве «Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 196 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав (результаты исследования), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных сокращений, глоссария терминов и списка литературы. Библиографический указатель включает 532 наименования, из них отечественных – 202, иностранных – 330. Приведено 56 таблиц, 6 рисунков.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно выполнено психопатологическое и психометрическое обследования всех участников исследования; выделены и описаны психопатологические синдромы; разработана их классификация; сделаны выводы; даны практические рекомендации.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Материал исследования составляет выборка больных (всего 295 набл.), проходивших лечение в ФГБНУ НЦПЗ с диагнозами шизофрении и расстройств шизофренического спектра (РШС), установленными в соответствии с критериями МКБ-10 (F20.0; F20.2; F20.6; F21.3; F21.4).

В качестве основного метода исследования избран психометрический.

Развернутое патопсихологическое и психометрическое исследование включало оценку:

1. *Общего профиля психических процессов* на базе стандартизированного патопсихологического обследования;
2. *Уровня общей умственной продуктивности* больных с применением методики Wechsler Adult Intelligence Scale, 4-е издание (WAIS-IV);
3. *Структуры негативной симптоматики с применением шкал*: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS); The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS); Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20);
4. *Общего профиля личности*: Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-II); Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В); Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-A);
5. *Обсессивно-компульсивной симптоматики* с применением шкалы Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS);
6. *Дименсий личностной незрелости*: «Методика оценки личностной зрелости» (МОЛЗ); Опросник «Уровень выраженности инфантилизма» (УВИ);
7. *Выраженности диссоциативной симптоматики* с применением шкалы Dissociative Experience Scale (DES);
8. *Профиля отношения к болезни*: Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36); Методика «Тип отношения к болезни».

Статистическая обработка реализовалась с применением пакета программ SPSS 20.0. Для сравнения бинарных категориальных данных использовался критерий хи-квадрат (χ^2) Пирсона-Фишера с поправкой Йейтса, для сопоставления относительных частот – Z-критерий. Для выявления связей между различными показателями выполнен корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), а для поиска значимых различий (при сравнении групп по разным параметрам) – однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, а также анализ SNA. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

I. Кросс-секционное исследование психопатоподобных расстройств, формирующихся в клиническом пространстве шизофрении при соучастии дефицитарных дименсий.

Проведенный статистический анализ данных клинко-психометрического исследования выборки больных, позволил выделить 8 «общих» синдромов, включающих психопатоподобные проявления, прототипические РЛ кластеров А, В, С.

Показатели статистического анализа психометрических данных свидетельствуют о достоверном ($p < 0,01$) бинарном делении психопатоподобных синдромов, релевантных различным кластерам РЛ (А,В,С) на две основные группы – по признаку ведущего домена негативной симптоматики. В первой группе (дефензивный полюс) обнаруживается преобладание усредненных значений показателей подшкалы SANS для апато-абулических расстройств ($3,6 \pm 0,3$ балла) над показателями для ангедонии-асоциальности ($2,9 \pm 0,2$ балла). Во второй группе (экспансивный полюс) выявляется полярная структура дефекта – преобладание показателей подшкалы ангедонии-асоциальности ($3,5 \pm 0,3$) над показателями подшкалы апатии-абулии – $2,6 \pm 0,2$.

К числу психопатоподобных синдромов (кластеры А – С), формирующихся при воздействии апато-абулических расстройств отнесены: дефензивная шизоидия, дефицитарная шизоидия, истероинфантилизм, истероабулия и псевдопсихастения, а к синдромам, подверженным воздействию эмоциональных

изменений, – экспансивная шизоидия по типу фершробен, злокачественная истерия и синдром патологического рационализма¹.

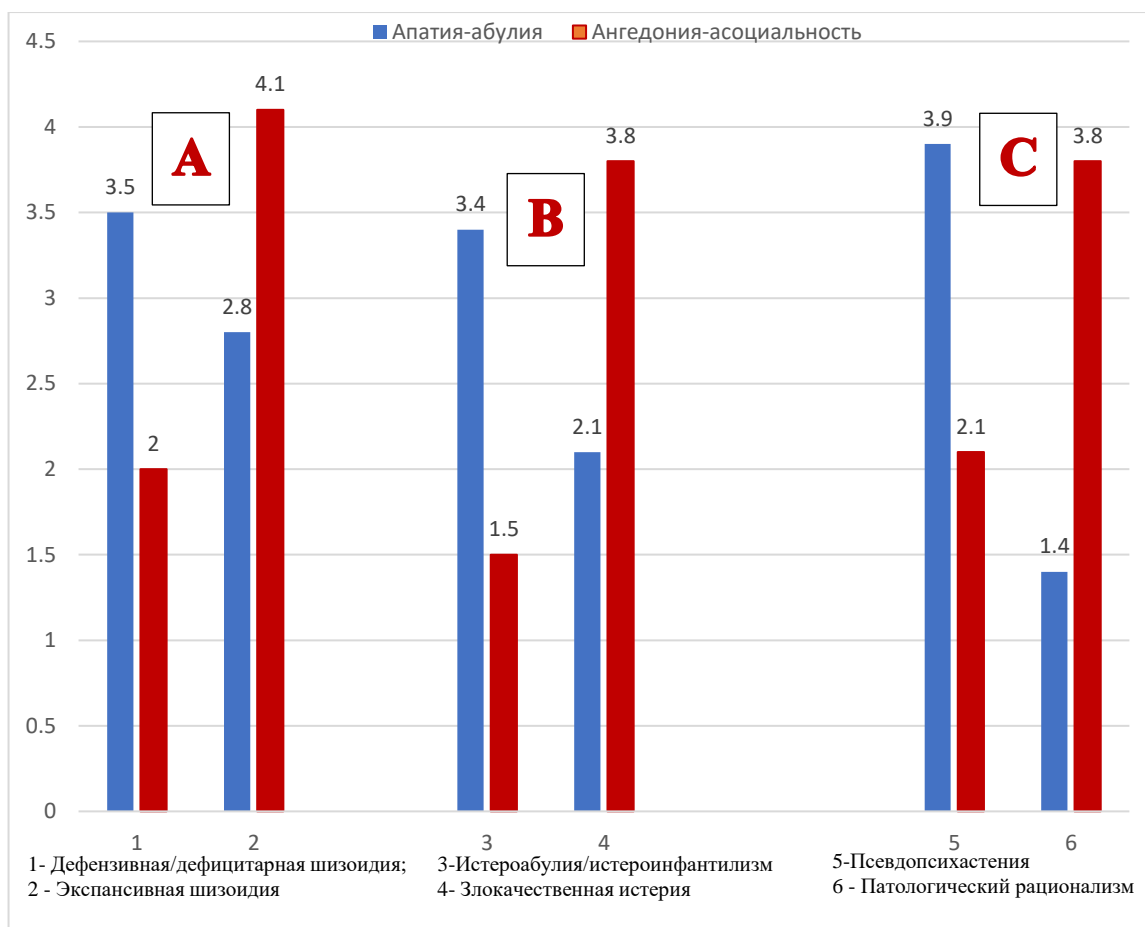


Рисунок 1. Сепарация дифференцированных по кластерам А, В, С расстройств личности в соответствии с полярной структурой дефекта.

При этом психопатоподобные синдромы, релевантные определенному кластеру РЛ, также могут быть ранжированы бинарно в границах двух полярных полюсов: синдромы дефензивной / дефицитарной шизоидии – синдром экспансивной шизоидии (кластер А); синдромы истериобаулии / истериоинфантилизма – синдром злокачественной истерии (кластер В); синдром псевдопсихастении – синдром патологического рационализма (кластер С).

¹ Лобанова, В.М. Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении/ А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова и др. – Москва: Медпресс-информ, 2021. – 248 с.

Результаты психометрического исследования свидетельствуют о единой размерной психопатологической структуре всех синдромов дефензивного полюса, определяющейся²:

1. Патологической амплификацией измерений преморбидной личности с нарастанием черт пассивности, ведомости и нерешительности, обостренной рефлексии с утратой способности к самостоятельному руководству жизненными выборами с последующим формированием явлений зависимости от узкого круга значимых других;
2. Выраженным снижением психофизической выносливости (при перекрывании волевых расстройств с астенической симптоматикой) и/или волевой регуляции психической деятельности (апатия-абулия по SANS – $3,6 \pm 0,3$ балла; волевые нарушения по PANSS – $5,1 \pm 0,3$ балла; астения по MFI-20 – $77 \pm 15,3$ балла) с присоединением явлений астенического аутизма (снижение коммуникабельности по PANSS – $3,5 \pm 0,5$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS – $3,2 \pm 0,2$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS – $5,2 \pm 0,4$ балла);
3. Низкой степенью выраженности эмоциональных расстройств, отражающих в первую очередь связанное с абулическими изменениями обеднение общего уровня социальной активности, склонность к формированию чувствительных идей отношения, сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS – $2,9 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A – $3,7 \pm 0,4$ балла).

² Лобанова, В.М. К вопросу о коморбидности негативной симптоматики и расстройств личности/ В.М. Лобанова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т.9. – №5. – С. 202-216.

Единая для всех синдромов экспансивного полюсаdimensionальная психопатологическая структура характеризуется:

1. Видоизменением преморбидного личностного профиля в сторону патологического заострения черт прагматизма, эгоцентризма и рационализма (отсутствие близких друзей: SPQ-A – $8,3 \pm 0,4$; снижение коммуникабельности: PANSS – $5,1 \pm 1,2$; отношения с коллегами и близкими: SANS – $4,5 \pm 0,3$; эксцентричное поведение: SPQ-A – $5,7 \pm 1,8$; враждебность: SCL-90 – $1,9 \pm 0,3$);
2. Выступающими на первый план в клинической картине явлениями эмоционального дефицита (ангедония-асоциальность по SANS – $3,5 \pm 0,3$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A – $6,8 \pm 0,4$ балла) с присоединением явлений регрессивной синтонности и утратой аллопсихического резонанса.
3. Сохранением общего уровня психофизической активности, при котором явления редукции энергетического потенциала проявляются не снижением психической энергии, а искажением ее профиля в виде хаотичной, утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности (апатия-абулия по SANS – $2,6 \pm 0,2$ балла; волевые нарушения по PANSS – $3,7 \pm 1,2$ балла; астения по MFI-20 – $25 \pm 11,2$ балла).

II. Исследование траекторий развития патохарактерологических расстройств, формирующихся при соучастии дефицитарных дименсий в процессе прогредиентного течения эндогенного заболевания.

Выделено 3 различных вектора перекрывания траекторий психопатоподобных расстройств и негативных дименсий: **фазный, симультанно-прогредиентный, симультанный с соучастием позитивных дименсий.**

Вариант **фазного перекрывания** траекторий психопатоподобных и негативных дименсий: (Tandon R., 2000) (синдромы дефензивной шизоидии, экспансивной шизоидии с изменениями типа «фершробен», эволюционирующего истероинфантилизма, истероабулии, патологического рационализма) реализуется амплификацией дефицитарными расстройствами врождённых

патохарактерологических свойств, не приводящей к деформации границ конституционального поля³.

Траектории развития НР и РЛ в этих случаях «пересекаются» в ограниченном временном пространстве – лишь в период приступа, с последующей стабилизацией на уровне стойкой ремиссии. Соответственно выраженность негативных изменений, как свидетельствуют данные психометрических исследований, невелика, а обусловленная ими деформация РЛ (табл. 1-5) – не выходит за пределы конституциональных кластеров, реализуясь либо рамками видоизменения уже сложившихся патохарактерологических свойств, либо генерализацией ранее латентных, не определяющих личностный профиль дименсий («минус-радикалы», по Н. Sjobring).

Дефицитарные расстройства при этом варианте ограничиваются легкой степенью выраженности (абулия по SANS – 2,5; эмоциональные изменения – 2,6), не сопровождаются значительными когнитивными изменениями (IQ-82±8,9) и грубой социально-трудовой дезадаптацией: 77% больных трудоустроены. Сохраняется способность к поддержанию интерперсональной (SFS-2,0), социальной (SFS-2,2) и рекреационной (SFS-2,4) активности: 53% состоят в браке, 18% имеют длительные внебрачные отношения.

Таблица 1. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом дефензивной шизоидии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трев	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS										
Апатия-абулия	NC	NC	NC	NC	0,854	NC	NC	NC	NC	NC
Ангедония-асоциальность	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

³Лобанова, В.М. О механизмах патохарактерологической деформации в клиническом пространстве шизофрении/ В.М. Лобанова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т.10. – №6. – С. 198-213.

Таблица 2. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом экспансивной шизоидии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS										
Апатия-абулия	0,574	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Ангедония-асоциальность	0,696	NC	0,978	NC	NC	NC	0,997	NC	0,868	NC

Таблица 3. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом эволюционирующего истероинфантилизма

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Пошкалы SANS										
Апатия-абулия	0,865	NC	0,784	NC	0,975	NC	NC	NC	0,891	NC
Ангедония-асоциальность	0,536	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

Таблица 4. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом истероабулии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
SANS										
Апатия-абулия	0,871	NC	NC	NC	0,765	0,876	NC	NC	0,859	NC
Ангедония-асоциальность	0,658	NC	NC	NC	NC	NC	0,735	NC	NC	NC

Таблица 5. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом патологического рационализма

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
SANS										
Апатия-абулия	0,553	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Ангедония-асоциальность	0,572	NC	0,987	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

При **симультанно-прогредиентном** варианте перекрывание траекторий РЛ и негативных расстройств (синдромы дефицитарной шизоидии, злокачественной истерии, псевдопсихастении) психопатоподобные синдромы формируются в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра, дебютирующих в

юношеском возрасте, протекающих без манифестных – психотических расстройств, при непрерывном, с периодическими обострениями в виде стертых приступов, прогрессивном развитии заболевания. В плане идентификации с выделяющимися формами эндогенного заболевания, клиническая казуистика включает простую, неврозоподобную, психопатоподобную шизофрению (истерошизофрению).

Траектории НР и РЛ уже в дебюте заболевания обнаруживают однонаправленное симультанное развитие. Прогрессирующему нарастанию негативных расстройств соответствует динамика РЛ, обнаруживающая уже на начальных этапах формирования психопатоподобных синдромов аффилиацию к основным процессуальным симптомокомплексам (позитивным и негативным расстройствам).

Выраженность дефекта у больных симультанно-прогрессирующим вариантом перекрывания траекторий НР/РЛ, в отличие от пациентов с фазным вариантом, достигает умеренной степени тяжести (абулия SANS – 3,4; эмоциональные изменения по SANS – 3,6), за счет чего происходит значительная деформация врождённых личностных дименсий. Расстройства личности хотя частично и остаются в пределах категориальных кластеров, но теряют основные, конституционально заданные свойства.

Таблица 6. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом злокачественной истерии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трево	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS										
Апатия-абулия	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Ангедония-асоциальность	NC	NC	0,987	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Пункты позитивной подшкалы PANSS										
P6. Подозрительность	NC	NC	NC	0,672	NC	NC	NC	NC	NC	NC
P7. Враждебность	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0,995	0,896	NC	0,732

Таблица 7. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным опросника ОЧХ-В пациентов с синдромом псевдопсихастении

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS										
Апатия-абулия	0,865	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0,657	NC
Ангедония-асоциальность	0,653	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Шкала Y-BOCS										
Общий балл	NC	0,657	NC	NC	0,874	NC	NC	NC	NC	NC

Таблица 8. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом дефицитарной шизоидии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS										
Апатия-абулия	NC	NC	NC	NC	0,875	NC	NC	NC	0,765	NC
Ангедония-асоциальность	NC	0,746	0,879	NC	NC	NC	NC	NC	0,654	NC

При симультанном варианте – пересечение траекторий негативных, позитивных расстройств и расстройств личности – психопатоподобные расстройства формируются в рамках резидуальных состояний психотических форм эндогенного процесса – параноидной и кататонической шизофрении. В отличие от психопатоподобных синдромов при «фазном» и «симультанно-прогредиентном» вариантах, деформация РЛ отражает более сложное процессуальное воздействие, завершающееся образованием псевдопсихопатических состояний.

По свидетельству психометрических данных, у пациентов этой группы обнаруживается наибольшая по отношению к первым двум вариантам выраженность негативных расстройств (апатия-абулия – $4,3 \pm 0,2$; ангедония-асоциальность – $4,6 \pm 0,2$), обуславливающая стойкую деформацию первичных (конституционально обусловленных) патохарактерологических структур. При этом происходит формирование новых психопатоподобных расстройств

(псевдопсихопатии по типу параноидной, кататонической, пуэрильной личности⁴), представляющих по данным корреляционного, анализа, результат преформации позитивных расстройств по минованию психоза, накладывающихся на деформированные конституциональные структуры (табл. 9 -11).

Таблица 9. Показатели корреляции патохарактерологических расстройств в структуре псевдопсихопатии по типу параноидной личности с позитивными расстройствами на основании данных опросника ОЧХ-В и шкалы PANSS

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трев	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
PANSS (P scale)										
Бред	NC	0,871	NC	NC	NC	0,784	NC	0,876	0,859	NC
Галлюцинаторное поведение	NC									
Психомоторное возбуждение	NC									
Подозрительность	NC	0,786	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0,675	NC
Враждебность	NC	0,831	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

Таблица 10. Показатели корреляционного анализа патохарактерологических расстройств в структуре псевдопсихопатии по типу кататонической личности с кататонической симптоматикой на основании данных опросника ОЧХ-В и шкалы BFCRS

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трев	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Пункты BFCRS										
Стереотипии	NC	NC	NC	0,683	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Ригидность	NC	NC	NC	0,756	NC	NC	NC	NC	NC	NC

⁴Лобанова, В.М. Расстройства возрастной идентичности (инфантилизм/пуэрилизм) в пространстве психических заболеваний эндогенного круга / А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Ф.Ф. Гатин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120. – No1. – С. 7-19.

Таблица 11. Показатели корреляционного анализа патохарактерологических расстройств в структуре псевдопсихопатии по типу пуэрильной личности с диссоциативной симптоматикой и негативными расстройствами на основании данных опросников ОЧХ-В, УВИ и шкалы SANS

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трев	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз	УВИ
DES											
Общий балл	NC	NC	NC	NC	0,574	NC	NC	NC	NC	NC	0,832

При этом функции процессов, на клиническом уровне представленных негативными и позитивными психопатологическими дименсиями, различны. С одной стороны, воздействие негативных расстройств (тяжесть которых в период редукции проявлений психоза достигает максимальной выраженности по отношению к изменениям, формирующимся в рамках первых двух вариантов (апатия-абулия – $4,3 \pm 0,2$; ангедония-асоциальность – $4,6 \pm 0,2$) завершается на этапе обратного развития психоза стойкой деформацией первичных (конституционально обусловленных) патохарактерологических структур. С другой стороны, формируются новые психопатоподобные (по существу, представляющие на этапах редукции психотических проявлений преформированные позитивные расстройства) симптомокомплексы, накладывающиеся на деформированные конституциональные структуры.

Манифестируя в период активного течения эндогенного процесса и определяя клиническую картину психоза, эти психопатологические образования в последующем не подвергаются полному обратному развитию, но, оставаясь в синдромально завершённом виде, в период стабилизации процесса редуцируются до уровня «малых психических расстройств» [159], в нашей казуистике – псевдопсихопатий. Именно эти редуцированные психопатологические синдромы определяют личностный профиль новых патохарактерологических структур, т.е. формируют «реминисцентную (по отношению к манифестным проявлениям психоза) конституцию» (reminiscent constitution, Gitlin M.J. [305]) – параноидную (В.С. Ястребов [201]), кататоническую (Н.А. Ильина [57], П.О. Борисова [12]), пуэрильную (А.Б. Смулевич, В.О. Жилин, В.М. Лобанова [146]) личности.

ВЫВОДЫ

1. РЛ больных шизофренией и РШС (психопатоподобные расстройства) представляют самостоятельную дименсию, определяющую, наряду с позитивными и негативными расстройствами, психопатологическое пространство эндогенного заболевания
2. Психопатоподобные расстройства, выступают в психопатологическом пространстве шизофрении и РШС не изолированно, а образуя во взаимодействии с негативными расстройствами, общие синдромы, полярно дифференцированные по ведущему – абулическому/ эмоциональному домену.
 - 2.1. Общие синдромы апато-абулического полюса включают дефензивную шизоидию, дефицитарную шизоидию, истероинфантилизм, истероабулию и псевдопсихастению;
 - 2.2. Общие синдромы экспансивного полюса включают экспансивную шизоидию по типу фершробен, злокачественную истерию и синдром патологического рационализм.
3. Закономерности видоизменения психопатоподобных дименсий дифференцируются в зависимости от принадлежности к общим синдромам либо апато-абулического, либо экспансивного полюса.
 - 3.1. Видоизменение конституциональных личностных характеристик в рамках общих синдромов апато-абулического профиля реализуется: амплификацией дименсий преморбидной личности по типу нарастания черт ведомости и нерешительности; выраженным снижением психофизической выносливости и/или волевой регуляции психической деятельности; низкой степенью выраженности эмоциональных расстройств.
 - 3.2. Видоизменение конституциональных личностных свойств в рамках общих синдромов экспансивного профиля реализуется заострением черт прагматизма и эгоцентризма; преобладанием явлений эмоционального дефицита; ограниченной выраженностью редукции энергетического потенциала с искажением психической активности в сторону утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности.

4. Динамика РЛ, выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении неоднородна: реализуется тремя самостоятельными векторами траекторий психопатоподобных расстройств, обнаруживающими связь со стереотипом течения болезненного процесса: фазным (одноприступная шизофрения), симультанно-прогредиентным (непрерывное течение с преобладанием негативных), симультанным (приступообразно-прогредиентное течение с преобладанием параноидных, кататонических, диссоциативных расстройств).
- 4.1. При фазном варианте** деформация конституциональных РЛ при перекрывании с негативными дименсиями не выходит за пределы конституциональных кластеров, реализуясь либо рамками амплификации уже сложившихся патохарактерологических свойств, либо генерализацией ранее латентных, не определяющих личностный профиль дименсий.
- 4.2. При симультанно-прогредиентном варианте** перекрывание траекторий развития патохарактерологических и негативных расстройств реализуется выраженной деформацией преморбидного склада – расстройства личности лишь частично остаются в пределах категориальных кластеров, теряя основные, конституционально заданные свойства;
- 4.3. При симультанном варианте** – перекрывание траекторий патохарактерологических, негативных и позитивных расстройств – наблюдается не только деформация под воздействием негативных дименсий конституциональных личностных свойств, но и формирование новых, нажитых патохарактерологических симптомокомплексов – псевдопсихопатий, представляющих преформированные позитивные расстройства, выступающие (по окончании психоза) на уровне пограничных психических образований
5. Формирование «реминисцентной (по отношению к перенесенному психозу) – псевдопсихопатической конституции» является фактором, свидетельствующим о становлении резидуального состояния и стабилизации эндогенного процесса.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ

1. Разработанная в исследовании психопатологическая модель психопатоподобных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра помогает практикующему специалисту решить диагностические трудности, возникающие при дифференциальной патологии процессуально обусловленной патохарактерологической деформации.
2. Предлагаемая типология психопатоподобных синдромов является прогностически ценной в плане уточнения социально-трудоового прогноза, а также определения адекватного и своевременного объема медикаментозных и психологических терапевтических интервенций.
3. Результаты патопсихологического и психометрического обследований дополняют диагностику психопатоподобных изменений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, позволяя повысить достоверность клинических данных.
4. Результаты проведенного исследования могут быть рекомендованы для использования в качестве методического пособия для специалистов в области медицинской психологии и психиатрии в целях повышения их профессиональной квалификации.

Представляется перспективным дальнейшее комплексное исследование клинического феномена псевдопсихопатий - дальнейшая разработка психопатологической модели нажитых патохарактерологических образований, а также расширение границ их типологической вариативности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лобанова, В.М. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности)/ А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Е.В. Колюцкая, Е.Д. Самойлова, О.Ю. Сорокина // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. -Т.118. -№11-с. 4-14.**
2. Лобанова, В.М. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации) / В.О. Жилин, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова // **Психиатрия. – 2019. – №81 – С. 39-48.**
3. Лобанова, В.М. Астения в психопатологическом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция астенического дефекта в аспекте современных моделей негативных расстройств) / А. Б. Смулевич, Г. С. Харьковская, В. М. Лобанова, Е. И. Воронова // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 5. – С. 7-14.**
4. Лобанова, В.М. Клинико-психологическая структура дефицитарных изменений при истерошизофрении / В.М. Лобанова, В.О. Жилин, О.Ю. Сорокина // **Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья -г. Москва, 2019.- с.46-49.**
5. Lobanova, V. Personality disorders and negative symptoms: the problem of comorbidity / A. Smulevich, V. Lobanova, E. Voronova // **Abstract of the 32nd ECNP Congress- Copenhagen, 2019.- p. 574.**
6. Лобанова, В.М. Расстройства возрастной идентичности (инфантилизм/пуэрилизм) в пространстве психических заболеваний эндогенного круга / А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Ф.Ф. Гатин // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120. – №1. – С. 7-19.**

7. Лобанова, В.М. Истерия и эндогенно-процессуальная патология: комментарий к обзору литературы С.М. Попова «История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах» / А.Б. Смулевич, В.О. Жилин, В.М. Лобанова // **Психиатрия.** – 2020. – Т.18. – №2. – С. 46-50.
8. Лобанова, В.М. К вопросу о коморбидности негативной симптоматики и расстройств личности/ В.М. Лобанова // **Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования.** – 2020. – Т.9. – №5. – С. 202-216.
9. Лобанова, В.М. О механизмах патохарактерологической деформации в клиническом пространстве шизофрении/ В.М. Лобанова // **Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования.** – 2020. – Т.10. – №6. – С. 198-213.
10. Лобанова, В.М. Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении/ А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова и др. – Москва: Медпресс-информ, 2021. – 248 с.

Подписано в печать: 06.10. 2021
Формат А5
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 100 Экз.
Заказ №22010
Типография ООО "Цифровичок"
117149, г. Москва, ул. Азовская, д. 13