

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
МИНИСТЕРСТВА НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ЛОБАНОВА ВЕРОНИКА МАРАТОВНА

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

19.00.04 – медицинская психология (медицинские науки)

Научный руководитель:

Академик РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Смулевич Анатолий Болеславович

Москва -2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Обзор литературы.....	4
Глава 2. Характеристика материала и методы исследования.....	23
Глава 3. Кросс-секционное исследование психопатоподобных расстройств, формирующихся при соучастии дефицитарных расстройств в клиническом пространстве шизофрении.....	35
Глава 4. Динамическое исследование психопатоподобных расстройств, формирующихся при соучастии дефицитарных расстройств в клиническом пространстве шизофрении.....	85
Заключение	121
Выводы	139
Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки	142
Список сокращений	143
Глоссарий терминов.....	144
Список использованной литературы.....	151

ВВЕДЕНИЕ

Феномен обусловленной течением шизофренического процесса личностной трансформации представляет клинический интерес для исследователей уже с середины прошлого столетия (Bleuler M., 1972; Huber G., Gross G., Schuttler R., Linz M., 1980) и по сей день остается предметом дискуссии в аспекте психопатологической и психологической структуры, типологической дифференциации, механизмов формирования и динамики.

По данным современных исследований (Quirk S.E. с соавт., 2015), в общей популяции США распространенность т.н. «расстройств личности шизофренического спектра», клинически соответствующих конструкту психопатоподобных состояний, составляет 4,3% для параноидного расстройства личности (РЛ), 3,9% – для шизотипического, 3,1% – для шизоидного. Y. Way (2016), исследуя на выборке зрелых по возрасту пациентов с установленным диагнозом шизофрении, протекающей с явными психопатическими расстройствами, обнаруживает высокую распространенность патохарактерологических изменений параноидного (7,65% от общей когорты), шизотипического (4,4%) и тревожного (12,0%) типа.

Крайне малая изученность проблемы обнаруживается в сфере исследований, выполненных в соответствии с актуальной дименсиональной парадигмой, согласно которой РЛ, реализующиеся в клиническом пространстве шизофрении, рассматриваются в качестве независимой психопатологической дименсии. Квалификация РЛ как третьего (наряду с позитивными и негативными расстройствами) самостоятельного психопатологического домена выступает в качестве исходной принципиальной позиции настоящего исследования.

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

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Указания на возможность квалификации личностной деформации, связанной с болезненным процессом в качестве самостоятельного расстройства, выступающего в клиническом пространстве шизофрении параллельно с процессуально обусловленными психопатологическими дименсиями (позитивными/негативными расстройствами), отражены уже в трудах П.Б. Ганнушкина и его школы [63]. Б. Д. Фридман [179] указывает на необходимость разграничения процессуально обусловленных психопатологических расстройств от процессуально изменённых характерологических аномалий. «Многое, что может показаться специфичным и непосредственным отражением болезненного процесса, – согласно Фридману, – на деле является только видоизменением определенного типа преморбидного характера».

Феномен патологии личности исторически связан с концепцией шизофрении и проблемой конституциональной уязвимости к эндогенному процессу.

В.А. Внуков [19], подчёркивая интимную связь шизофрении с личностью больного, рассматривает эндогенный процесс в качестве базы, «плодотворной почвы», для развития «характерологических новообразований» – психопатий.

Переходя к обзору литературы, необходимо сразу же подчеркнуть, что рассматриваемая в настоящем исследовании тема соотношения расстройств личности и шизофренического дефекта в большинстве научных публикаций XX и в ряде исследований XXI в., сводится к проблеме т.н. «психопатоподобного дефекта».

Несмотря на то, что в качестве подтверждения заявленного положения может быть указано большое количество литературных источников, ниже приводятся выдержки из публикаций В.А. Гиляровского [27] и В.А. Внукова [19]. Согласно В.А. Гиляровскому [28], понятие «постпроцессуальная психопатия» идентично термину «постпроцессуальный дефект». В публикации Внукова автором

приводится суждение о том, что «психопатический синдром чаще является проявлением самого шизофренического дефекта».

Сложившаяся ситуация обуславливается в первую очередь доминированием в клинических исследованиях указанного периода категориальной психопатологической концепции– модели «джексонианского единства».

Категориальная модель – классическая для отечественной и зарубежной психиатрии XIX-XX вв. модель, основывающаяся на дескриптивном подходе, предполагающем наличие четких границ между сложными клиническими образованиями (нозологии, синдромы). Диагностическое значение в рамках категориальной модели приобретает качественная оценка комплексной клинической единицы без структурного анализа входящих в ее состав психопатологических феноменов.

Согласно модели «джексонианского единства» негативные, позитивные и психопатоподобные расстройства рассматриваются в качестве рядоположенных образований, объединяемых на синдромальной основе в структуре шизофренического дефекта. При этом, патохарактерологические расстройства, выступающие в клиническом пространстве шизофрении, не только рассматриваются как часть негативного симптомокомплекса, но и, в частности, подменяются им: выделяемые варианты дефицитарных синдромов даже терминологически идентифицируются с личностными аномалиями (психопатии – психопатоподобный дефект).

Трансформация личностного склада под влиянием психического помешательства описывалась уже в исследованиях донозологического периода. Так, в фундаментальной работе Ph. Pinel «Nosographiephilosophique, ou Lamethoddel'analyseappliquée à la médecine» [447] в качестве самостоятельной нозологической единицы выделяется форма «нравственного помешательства», на клиническом уровне проявляющегося психопатоподобными расстройствами – «извращения воли», «неспособность чувствования» при сохранении «способности к пониманию». Больные, страдающие этим недугом, отличаются патологической

жестокостью, отсутствием сострадания и чувствительности, они злобливы и холодны.

Воззрения Pinel позднее легли в основу конструкта «морального помешательства» J. Prichard [451], в кругу клинических проявлений которого наряду с прогрессирующим обеднением умственных способностей выступают изменения личности пациентов – «извращение чувств, влечений и деятельных сил».

Основоположником учения о дегенерациях В. Morel [423] нравственное помешательство было отнесено к категории «психозов вырождения». Согласно представлениям автора, в спектре клинических проявлений нравственного помешательства наряду с прогрессирующим интеллектуальным снижением, отчётливо выступают такие патохарактерологические расстройства, как нарастающая жестокость, грандиозный эгоизм и склонность к делинквентному поведению.

В схожих по структуре классификациях душевных расстройств R. Krafft-Ebing [371] и G. Schuller [474] в рамках клинически гетерогенной группы «состояний вырождения», объединяющей как психическую патологию, соответствующую в современных систематиках острым психотическим приступам эндогенного круга, так и органическим дегенеративным расстройствам (микроцефалия, идиотия и тд.), описывается конструкт «нравственного сумасшествия». Согласно публикациям авторов, по мере редукции острого психотического приступа (мания, тоскливая/раздражительная меланхолия с включением галлюцинаторно-бредовых феноменов), чаще всего – в подростковом возрасте, у больных происходит т.н. «спазм поступков». Личность пациентов видоизменяется: нарастает патологическая жестокость, «бесчувственность к чужому горю, безучастность или озлобление», появляется «коварство, утонченная злость и мнительность» [474].

Весной 1889 г. известный психиатр К. Kahlbaum [352] выступил с сообщением об особой группе свойственных юношескому возрасту стойких патохарактерологических изменений – «нарушения всех духовных свойств

личности», – сопровождающихся грубыми поведенческими расстройствами (отклонения от принятых норм морали, извращение социальных контактов, делинквентные наклонности и др.). Для обозначения этой группы «юношеского полупомешательства» автором вводится термин «гебоидофрения». В отличие от выделяемой Necker E. [318] гебефрении, гебоидофрения, по мнению Kahlbaum, реализуется преимущественно изменениями характера (сходными с проявлениями пубертатного криза) и не завершается слабоумием.

В отечественной психиатрии описания патохарактерологических нарушений (патологический эгоизм, отсутствие стыдливости, отклонение от норм морали) у лиц, перенесших череду острых приступов помешательства, содержатся в трудах Малиновского П.П. [92].

С.С. Корсаков [76] в рамках рубрики вторичного помешательства выделяет особый вариант исхода заболевания, реализующегося приоритетно личностными расстройствами. Подчеркивая трудности дифференциации этих состояний от психопатий, автор приводит описание больных, на первый взгляд полностью восстановившихся после психоза, но обнаруживающих несостоятельность в домашнем быту. Сохраняя признаки нормального интеллекта, «они делаются бездельниками –раздражительными, придирчивыми, капризными, уступают всяким легкомысленным побуждениям и грубым инстинктам, теряют способность управлять своими влечениями».

Сходные описания содержатся в трудах Сербского В.П. [128]. Анализируя благоприятные исходы эндогенного заболевания, автор в качестве отдельной группы выделяет вариант «выздоровления с дефектом». В описываемых случаях по мере редукции болезненных симптомов обнаруживаются характерологические изъяны, не свойственные пациентам до манифестации заболевания и обнаруживающиеся преимущественно при межличностном и социальном взаимодействии: признаки упадка нравственных чувствований, эгоистичность, пренебрежение нуждами близких, конфликтность.

Основоположник нозологической парадигмы в психиатрии E. Kraepelin [370] был первым, кто отметил наступающую под влиянием постепенно

подкрадывающегося эндогенного процесса на ранних этапах *dementia praecox* медленную патохарактерологическую перестройку («становление аутистического характера»). При этом автором подчёркивается формирующееся на базе нарастающих эмоционально-волевых изменений отчуждение ранее свойственных личностных свойств спостепенным угасанием аффектов.

Е. Bleuler [225] концептуализирует шизоидную патохарактерологическую структуру в качестве преморбиды лиц с повышенной вероятностью манифестации шизофрении. В процессе разработки конструкта латентных формы шизофрении автор описывает выраженную, несмотря на мягкость интеллектуальных изменений, процессуально обусловленную деформацию личности: утрату эмоциональной живости, аутизм, холодность, монотонность. Наиболее отчетливо выступает описываемая Bleuler в психологической традиции перестройка внутренней жизни пациентов на базе расстройств, относящихся к аутопсихической сфере – аномалий самовосприятия с ощущением измененности собственного «Я» (расстройство сознания собственной личности, по Jaspers [345]).

Варианты течения эндогенного заболевания, в психопатологическом пространстве которого доминируют патохарактерологические расстройства, по мнению Е. Bleuler, представляет наибольшие диагностические трудности для клинициста. Такие пациенты, зачастую не обнаруживая острых проявлений болезненного процесса (бред, галлюцинации, кататонические расстройства и т.д.), производят впечатление психопатов.

W. Mayer-Gross [410] в главе «Die Klinik» собственной монографии «Die Schizophrenie» описывает круг личностных расстройств, проявляющихся преимущественно не в производственной, а в социальной сфере, в процессе общения с ближайшими родственниками и знакомыми. Рассматриваемые патохарактерологические изменения (утрата аффективного резонанса, чувства такта, эгоизм, жестокость), в соответствии с наблюдениями автора, чаще всего выступают в клинической картине ремиссий благоприятно протекающей шизофрении.

Г.Е. Сухарева [168] при разработке одной из первых **дименсиональных**¹ типологий шизофренического дефекта выделяет особую клиническую группу, дефицитарные симптомокомплексы в границах которой реализуются в структурных изменениях личности – видоизменении отдельных черт (амплификации или «обесцвечивании») преморбидного характерологического профиля («потеря внутреннего единства»).

Выделяя так называемые малые формы шизофрении, в качестве одного из основных ее вариантов Н. Еу [280] описывает течение с преобладанием психопатоподобных расстройств, обозначенных термином «эволюционирующая шизоидия». В качестве механизма формирования шизофренического дефекта в границах выделяемого варианта течения автор рассматривает патологическое заострение шизоидного характера, зачастую протекающее без отчетливых признаков когнитивного снижения или признаков грубой социально-трудовой дезадаптации.

В исследованиях XXI века [210; 229; 316; 320; 434; 435] патохарактерологическая деформация рассматривается в качестве симультанного, обнаруживающего тесные клинические корреляции с динамикой негативных расстройств психопатологического образования, реализующегося приоритетно в границах мягких форм шизофрении и/или в продроме заболевания (то есть при тех формах и на тех этапах болезненного процесса, когда выраженность когнитивных и негативных расстройств не достигает определяющего значения в общей клинической картине дефекта).

Strauss et al. [495] считают, что патохарактерологические расстройства являются ранним клиническим проявлением течения шизофренического процесса, отмечаемым уже в продроме. Концепция Strauss, согласно которой актуализация шизофренического процесса с постепенным нарастанием дефицитарных

¹**Дименсиональная модель** – принятая на современном этапе развития психиатрии модель, основывающаяся на структурном (качественном и количественном) анализе входящих в состав клинического образования независимых психопатологических феноменов.

расстройств первоочередно обнаруживает себя во внезапной личностной деформации, сопровождающейся поведенческими расстройствами и видоизменением самоидентификации пациентов, находит подтверждение и в современной работе Herran A. с соавт. [319].

Связь траектории расстройств личности с динамикой дефицитарных симптомокомплексов находит отражение в публикациях, выполненных в чисто психологической традиции.

Согласно исследованиям отечественной психиатрической школы [81; 82], психопатоподобные расстройства являются одним из основных проявлений шизофренического дефекта при мягких формах течения болезненного процесса.

Solano & Chávez [458], изучая с применением психометрического инструментария связь преморбидных расстройств личности (приоритетно – шизоидного, шизотипического, избегающего) с течением шизофренического процесса у амбулаторных больных, подтвердили наличие высокой корреляции между амплификацией конституционально заложенных характерологических дименсий и выраженностью негативных симптомокомплексов на статистически достоверном уровне.

Современные психологические взгляды на природу психопатоподобных расстройств отражены в работе Rector A. и Beck A. с соавт. [216]. Согласно полученным авторами данными, патохарактерологические изменения являются прямым выражением негативных симптомокомплексов в течение болезненного процесса, не сопровождающегося формированием «синдрома дефицита» (в отечественной психиатрии – грубых форм шизофренического дефекта, в клинической картине которых преобладают грубые когнитивные и апато-абулические расстройства).

Данные, относящиеся к закономерностям динамики психопатоподобных расстройств, выступающих в клиническом пространстве шизофрении, представлены в целом ряде исследований [94; 95; 179].

В докладе на конференции, посвященной памяти проф. П.Б. Ганнушкина [63], Каплинский высказывает предположение о том, что траектории расстройств

личности и течения шизофрении имеют два основных направления: 1) обусловленная болезненным процессом амплификация или выявление скрытых или латентных (ранее компенсированных) конституциональных психопатических черт; 2) обусловленная болезненным процессом динамика конституциональных свойств, идущих не только по типу обострения, но и по типу параллельно реализующихся психогенных развитий личности.

Позднее, анализируя клинику мягких форм шизофрении, Гейер Т.А. [26] выносит схожее с воззрениями Каплинского суждение о том, что динамика психопатоподобных расстройств реализуется посредством серии сдвигов («абортированных шубов»), по миновании которых на базе формирующегося шизофренического дефицита происходит трансформация личностного склада пациентов с изменением самоощущения собственного Я и амплификацией ранее клинически невыраженных характерологических дименсий (подозрительности, нерешительности, тревожности).

В коллективном руководстве, посвященном клинике шизофрении, Снежневский А.В. [159] расширяет границы траекторий развития психопатоподобных расстройств в психопатологическом пространстве эндогенно-процессуальной патологии. Согласно представлениям автора, вариативность патохарактерологической трансформации обуславливается темпом прогрессивности болезненного процесса. В тех случаях, когда приступ протекал скрыто или имел abortированный характер, последующие стойкие изменения больных реализуются в виде патологического развития личности (параноическое, истерическое, ипохондрическое и т.д.), то есть принимают «форму дисгармонии и динамики всех известных типов психопатий».

При тяжелом течении шизофренического процесса, согласно Снежневскому, после перенесенных острых психотических эпизодов наблюдается существенное видоизменение всего личностного склада с образованием новых продуктивных явлений «нового ложного жизненного воззрения» (речь об этом варианте психопатоподобных расстройств представлена ниже в исследовании в рамках рассмотрения проблематики феномена псевдопсихопатий).

В рамках течения мягких форм шизофрении, по мнению автора, формирование шизофренического дефекта происходит при относительно легких негативных изменениях, отражающих преимущественно деформацию структуры личности в виде нивелирования личностных особенностей или общего снижения уровня личности

Вариант описанных Снежневским психопатоподобных расстройств по типу патологического развития личности, формирующихся при малопрогрессирующем течении заболевания, позднее приводится также в исследовании Бархатовой А.Н. [7].

В общем виде варианты изменений личностной структуры, наблюдающиеся в рамках эндогенного процесса, представлены уже в исследованиях Mauz F. [407]: 1) «Процесс снижает личность, ослабляет и делает определённые стороны её структуры бездеятельными»; 2) «Процесс изменяет личность»; 3) «Процесс порождает новую личность». При этом, согласно концепции автора, выделенные формы представляют собой последовательные, сменяющие друг друга по мере утяжеления болезненного процесса этапы патохарактерологической деформации.

Необходимо подчеркнуть, что традиция ранжирования изменений личности при шизофрении, в виде последовательных, соответствующих нарастающей тяжести эндогенного процесса, этапов деформации патохарактерологических дименсий, сохраняется и в рамках исследований, относящихся к современному периоду развития психиатрии – в частности, в данных актуальных работ Смулевича А.Б. [137]:

1. Синергизм – эндогенный процесс амплифицирует ядерные проявления расстройств личности (РЛ);
2. Расщепление – эндогенный процесс парциально нивелирует облигатные свойства конституциональной структуры личности и амплифицирует по типу антиномного сдвига факультативные патохарактерологические изменения;

3. Нивелировка – эндогенный процесс разрушает конституциональную структуру личности (нивелировка не только патохарактерологических дименсий, но и типологической /кластерной/ структуры).

Предложенная Смулевичем типология положена в основу описания механизмов патохарактерологической деформации в монографии Коцюбинского А.Н. [78]. Согласно автору, в качестве основных вариантов психопатоподобных изменений в клиническом пространстве шизофрении, реализующихся в пространстве преморбидной кластерной структуры, могут быть выделены: 1) «усиление доминирующих у личности преморбидных характерологических свойств/гомономное усиление»; 2) «появление антиномных патохарактерологических особенностей личности при общей неизменности ее типологической структуры»; 3) нивелировка патохарактерологических дименсий.

Необходимо подчеркнуть, что в большинстве публикаций, посвящённых рассматриваемой проблеме, первые два этапа деформации личностных аномалий описываются в достаточно унифицированной форме.

Синергический тип патохарактерологической деформации, по данным ряда публикаций, чаще всего наблюдается при непсихотических формах течения шизофренического процесса и расстройствах шизофренического спектра. Berze [221] в монографии, посвященной исследованию психопатологии шизофрении, описывает при латентных формах заболевания «легчайшие изменения личности, проявляющиеся во все более заметных чертах характера». В руководстве W. Mayer-Gross [410] динамика патохарактерологических изменений рассматривается в качестве симультанного течения шизофренического процесса. По мнению автора, вариативность структуры психопатоподобных расстройств определяется в первую очередь личностной конституцией больного, амплифицируемой в процессе развития заболевания.

В диссертационном исследовании Воробьева В.Ю. [22], посвященном психопатологии шизофренического дефекта, психопатоподобные симптомокомплексы рассматриваются в качестве одной из облигатных составляющих негативных расстройств. При этом механизм

патохарактерологической деформации – амплификация конституционально заложенных дименсий (развитие по типу экспансивной шизоидии и др.) и сдвиг психоэстетической пропорции (формирование «бедного» аутизма с отрывом от реальности и нарастанием странностей, чудачеств, нелепостей) – приоритетно определяются, по мнению автора, трансформирующим влиянием негативных изменений на структуру преморбидной личности пациентов.

Наиболее отчетливо, как показали исследования С.В. Иванова [51], Д.В. Ястребова [201], а также ранее Г.П. Пантелеевой [109], амплификация преморбидных патохарактерологических свойств больных шизофренией, реализуется в рамках расстройств личности кластера С, а также сложных характерологических структур, дименсиональный профиль которых включает черты тревожного/ананкастного/избегающего РЛ. Преморбидно свойственные этим лицам стеснительность, тревожные опасения в ситуации реально существующих социальных ситуаций амплифицируются на базе нарастающих дефицитарных изменений до уровня стойкого социофобического комплекса (страх пребывания в обществе в связи с опасениями негативной оценки окружающими, опасения продемонстрировать интеллектуальную неполноценность, сенситивные идеи отношения).

Вариант процессуальной личностной трансформации по типу расщепления, реализуется по механизму описанного Е. Kretschmer [373] антиномного сдвига. Согласно наблюдениям автора, по мере нарастания обусловленного болезненным процессом явлений эмоционального дефицита, происходит «смещение» темперамента по оси «гиперэстетизм–анэстетизм»: прежде сенситивная, ранимая и тревожная шизоидная личность, постепенно утрачивая выраженность своих преморбидных черт, «тускнеет», обретает несвойственные ей ранее (полярные) черты эмоциональной холодности, безучастности, жестокости.

Процессуально обусловленная динамика РЛ по типу антиномного сдвига по данным G. Huber [327] чаще всего связана с одноприступным течением шизофренического процесса. В этих случаях (чаще всего в период становления ремиссий тонического типа) смена доминант реализуется глубокой деформацией

конституционального строя личности, хотя и происходит в пределах одной размерной структуры (кластер А по DSM-IV, DSM-V), вместе с тем сопровождается изменением ее типологической характеристики. Сходные, относящиеся к механизмам формирования процессуально спровоцированный антиномный сдвига данные представлены в исследованиях А.Б. Смулевича и соавт. [137], В.Г. Козюли [67], О.П. Нефедьева [105], Мухориной А.К. [103]. Антиномный сдвиг чаще всего реализуется в пределах структуры преморбидно шизоидной личности – в рамках основных составляющих психоэстетической пропорции – и сопровождается усилением анестетических черт (экспансивная шизоидия) и, соответственно, нивелировкой свойственных ранее чувствительности, робости, мечтательности, неуверенности в себе.

В материалах исследований, содержащих анализ патохарактерологических симптомокомплексов на третьем, завершающем этапе деформации структуры личности (нивелировка), обнаруживаются значительные расхождения, как терминологические, так и клинические, в отношении квалификации психопатологической структуры психопатоподобных расстройств и их связи с клиническими параметрами течения эндогенного заболевания.

Тем не менее, судя по данным большинства публикаций, в качестве подтверждаемого данными клинических исследований базиса расстройств, определяемых в психологической традиции термином «Нивелировка», означающим разрушение конституциональной /категориальной/ структуры личности, должна быть принята модель псевдопсихопатии.

В границах рубрики псевдопсихопатий рассматриваются патохарактерологические расстройства, кардинально отличающиеся от категорий преморбидно свойственных пациентам личностных структур, формирующиеся на этапе затухания эндогенного процесса в рамках резидуальных состояний.

При этом из сферы анализа необходимо исключить исследования, в рамках которых понятие «постпроцессуальная психопатия» идентифицируется с конструктом «постпроцессуальный дефект» [27; 88]. Процессуально обусловленная патохарактерологическая трансформация интерпретируется в этих

публикациях с позиции дефицитарной модели, как формирующийся в пространстве резидуальных состояний комплекс негативных расстройств.

Наряду с этим также должны быть элиминированы как не соответствующие актуальному направлению изучения псевдопсихопатий и те исследования, в границах которых проблемы приобретенной психопатической конституции трактуются в контексте изменения отдельных личностных дименсий (истерических, тревожных, ананкастических и др.) без кардинальной трансформации конституционально обусловленной личностной категории. Подтверждением этому служат исследования, выполненные как в клинической, так и в психологической традициях на базе модели «вторичной психопатии».

В рамках конструкта «вторичной психопатии» рассматривается целый спектр гетерогенных психопатоподобных состояний, формирующихся по разнообразным клиническим механизмам: ремиссии на уровне практического выздоровления после первых приступов эндогенного процесса; деформация структуры личности с нарастающими эмоциональными изменениями, элементами агрессивного поведения и когнитивными нарушениями, с наибольшей вероятностью означающая начальные этапы психического заболевания [413;215] и др.

Приведенные материалы свидетельствуют о том, что конструкт «вторичной психопатии» кардинальным образом отличается от понятия «постпроцессуальной» психопатии, а психопатоподобные образования, объединяемые в пространстве этой концепции, не вписываются в структуру резидуальных психопатоподобных состояний, наблюдающихся на поздних этапах течения шизофрении.

Более адекватными для квалификации психопатоподобных состояний, формирующихся на резидуальных этапах шизофрении, рассматриваются модели, в рамках которых под «псевдопсихопатиями» понимается обусловленное эндогенным процессом кардинальное изменение структуры личности. Описание трансформации в психологической традиции приводится в работе К. Schneider [473]: «изменение психической формы бытия личности с целостной психической

перестройкой во взглядах, в воззрениях, в побуждениях»; а также в метафоричной форме – в работе F. Mauz [407]: «процесс порождает новую личность».

Упоминания о формировании в постпсихотическом периоде новой личности «из обломков разрушенного здания рассудка» содержатся уже в трудах русского психиатра В.Ф. Саблера [124].

Позднее, в 1898 г., французский социолог и психолог G. Tard [501] описывает случай обращения в другую веру и полной смены профессиональной ориентации у перенесшего бредовой психоз больного.

С.С. Корсаков [73], подчёркивая возможность кардинального, связанного с болезнью изменения личностных доминант («сущность человека не та, что была раньше»), вводит термин «психопатическая конституция после душевной болезни».

Разработке клинического конструкта «новой», обусловленной воздействием эндогенного процесса личности посвящен целый ряд исследований. В частности, концепция «Новой жизни» W. Mayer-Gross; «второй жизни» Vie; теория полной патохарактерологической перестройки E. Kretschmer («своеобразно измененная, аутистически отреденная, фанатичная или мечтательная личность»); конструкт «консолированного дефекта» Молочка А.И.; модель постпроцессуального развития личности Снежневского А.В.; концепция деформации врожденных черт характера с изменением преморбидных осевых конституциональных свойств Коцюбинского А.И.

В диссертационном исследовании Молочка А.И. [98] при рассмотрении консолидированного типа дефекта описывается особый формирующийся в течение шизофрении патохарактерологический комплекс, образующий совместно с процессуальными феноменами единый, включённый в систему личности психопатологический конструкт, обнаруживающий тенденции к дальнейшему самостоятельному изменению и независимым от эндогенного процесса путям развития.

А.В. Снежневский [159] выделяет в качестве одной из клинических форм резидуальной шизофрении постпроцессуальное развитие личности,

соответствующее по основным клиническим проявлениям конструкту псевдопсихопатий. Согласно воззрениям автора, постпроцессуальное развитие формируется на почве сформировавшегося в результате перенесенного психотического эпизода (шуба) шизофренического дефекта. При этом результатом шизофренического «надлома» выступает не чистый дефект («изъян»), «не развалины, а новое целое» – означающее существенные видоизменения всего склада личности, создание нового уклада жизни, нового отношения к окружающему, новых занятий, интересов, профессии. На первом плане в клинической картине выступают гипертрофированные психопатические симптомокомплексы, не свойственные больным преморбидно, в том числе проявления инфантилизма или ювенилизма, определяющие новые жизненные позиции, «ложные жизненные воззрения». При этом вновь образованные постпроцессуальные структуры личности статичны и неизменны в интенсивности проявлений.

Сохранение способности к восстановлению адаптации на более низком уровне социального функционирования у больных, перенесших параноидные приступы, отмечаются также Барденштейном Л.М. [6].

С.А. Hulbert et al. [328], анализируя возникающие вследствие эндогенного заболевания личностные аномалии, рассматривают эти расстройства в рамках модели осложнений перенесенного психоза. При этом подчёркивается возможность значительных изменений патохарактерологических структур, в некоторых случаях завершающихся формированием «приобретённой личности» (acquired PD). В качестве факторов, способствующих образованию такой вновь «приобретённой личности», рассматриваются симптомокомплексы перенесенной психической болезни, структура преморбидных патохарактерологических аномалий, а также длительное пребывание в условиях психиатрического стационара.

В монографии Коцюбинского характеристика псевдопсихопатий ранжируется от сочетания видоизменённых вследствие перенесенного эндогенного заболевания конституциональных личностных дименсий до формирования ранее несвойственных, нажитых патохарактерологических образований. В рамках формирующихся псевдопсихопатий, в соответствии с наблюдениями автора, могут

выступать дименсии «негативной шизоидии», психический инфантилизм, эксплозивность, истероформность, иногда – иррациональная деятельность, не соответствующая условиям реального окружения.

На современном этапе развития представлений, с начала XXI века, проблема нажитых, сформировавшихся в течение эндогенного заболевания паторахактерологических расстройств рассматривается не только в аспекте медицинской модели, но также в рамках социально-психологической концепции, обозначаемой термином «выздоровление»/«recovery» [33; 34; 48; 205; 518]. В работах этого направления процесс «выздоровления» описывается в психологических терминах – «инкорпорация болезненного опыта в собственную идентичность», реализующаяся у личностей, неспособных вернуться к прежней жизни вследствие связанных с перенесенной тяжелой болезнью изменений.

При оценке материалов, относящихся к модели «recovery», содержащих самоописания больных, перенёвших бредовой психоз, с клинических позиций можно предположить, что в части рассматриваемых случаев речь идёт об особой группе псевдопсихопатических состояний, сопоставимых по ряду клинических параметров с постпроцессуальным параноийальным развитием.

Согласно данным публикуемым самоописаний, по завершении острых проявлений болезни происходит формирование новой (по отношению к клиническим проявлениям перенесенного бредового психоза) параноической системы. В качестве доминирующей в денотате этой параноической системы выступает идея обусловленного необходимостью предотвращения рецидива болезни создания новой личности, не связанной с перенесенным психозом и причинами, его вызвавшими (интерпретируются в соответствии с параноической концепцией пациента). При этом в качестве облигатного условия построения такой новой личности выступает отказ от всех реалий прошлой жизни.

Среди публикаций, содержащих данные опостпсихотических состояниях, обнаруживающих при клинической квалификации некоторые свойства псевдопсихопатическим состояниям характеристики, наряду с работами, посвящёнными проблеме «recovery», необходимо указать на исследования

постпсихотических состояний с явлениями «посттравматического роста» (PosttraumaticGrowth) [219; 350]. Так же, как и в описаниях личностной деформации, представленных в публикациях, посвященных проблеме «recovery», в этих случаях, судя по приводимым данным, наблюдается формирование нажитых патохарактерологических образований.

В статье Y. Mazor и соавт. (2016), выполненной в психологической традиции, но с элементами клинического анализа, указывается, что травма, возникшая вследствие перенесенного психоза – галлюцинаторно-параноидных и других психопатологических расстройств (формирующихся при шизофрении, биполярном расстройстве и других психических заболеваниях), – выступая в качестве стрессогенного фактора, оказывает значительное негативное влияние на психическое состояние пациента, но в то же время может стать отправной точкой посттравматического роста – процесса эмоционального и поведенческого восстановления. Феномен «посттравматического роста» сопряжен (в соответствии с материалами публикации) с формированием новой патохарактерологической структуры: нового самосознания, новой, более оптимистичной оценки жизненных перспектив, отношений с другими людьми, новых мотиваций к расширению профессиональных возможностей.

Прежде чем перейти к изложению собственного материала, необходимо сформулировать **теоретические предпосылки**, определившие планирование и дизайн исследования.

Психопатологическая систематика дефицитарных расстройств в настоящем исследовании соотносится с современной моделью шизофренического дефекта [294-297; 364; 425], в основу которой положена концепция первичных персистирующих негативных расстройств – persistent negative symptoms. В рамках этой модели выделение признаков шизофренического дефекта опирается на димENSIONАЛЬНЫЕ психометрически верифицированные (по существу – симптоматологические) структуры. На базе факторного анализа негативные расстройства подразделяются на два варианта: 1 – обеднение эмоциональной сферы (blunted affect) – бедность эмоциональной экспрессии: притупленный

(уплощенный) аффект, обеднение речи/алогия; 2 – абулия (avolition) – апатия, ангедония, асоциальность.

Согласно актуальным исследованиям взаимосвязи негативных и позитивных расстройств в структуре шизофренического дефекта, проведенного на базе отдела пограничных психических расстройств и психосоматической патологии ФГБНУ «Научного центра психического здоровья», стало создание психопатологической модели «общих синдромов» [17], в соответствии с которой первичные дефицитарные расстройства реализуются в психопатологическом пространстве шизофрении с конституциональными характерологическими образованиями (расстройствами личности) и/или позитивными расстройствами.

Рассмотрение связи РЛ и шизофрении проводится вне рамок традиционной концепции Е. Kretschmer [373], в свете которой эндогенный психоз представляет собой крайнее, «расширенное» проявление темперамента пациента. Соответственно, анализ осуществляется с современных альтернативных позиций, позволяющих квалифицировать шизофрению и расстройства шизофренического спектра в качестве независимого от РЛ патологического процесса [348; 496].

Такая исходная позиция определила отказ от представления о шизоидном/шизотипическом РЛ как единственной характеристике преморбидного склада больных шизофренией [370; 373; 225] в пользу широкого спектра аномалий личности (РЛ кластеров А, В, С и др.), на базе которых возможно формирование эндогенного процесса [229; 290; 345; 421; 426]. Косвенным подтверждением такой позиции могут рассматриваться данные о существовании в системе подверженности к бедной симптомами шизофрении, обнаруживающей высокую общность с дефицитарными расстройствами, многообразных генетически детерминированных конституциональных факторов. В соответствии с исследованием Л.Л. Лукьяновой [87], выполненным в клинике ФГБНУ НЦПЗ, в семьях пробандов с бедной симптомами шизофренией происходит накопление не только шизоидных, но и РЛ других типов (параноического, аффективного, возбуждимого).

Кроме того, оказалось необходимым пересмотреть положение некоторых авторов [391; 392; 429; 521] о том, что РЛ, выступающие в продроме шизофрении, являются промежуточным, «мягким», предшествующим отчетливой манифестации этапом течения болезни. В соответствии с принятой в настоящем исследовании позицией, расстройства личности, определяющие преморбид пациента, представляют конституциональный склад личности, характеристики которого, т.е. собственно РЛ, в случае заболевания шизофренией, подвержены трансформации при воздействии как негативных, так и позитивных расстройств.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование проведено в период с 2017 по 2019 гг. на базе клиники отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН Смулевич А.Б.) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник).

В качестве основы анализа коморбидных соотношений расстройств личности с дефицитарными образованиями эндогенного круга в настоящем исследовании расстройства личности при шизофрении рассматриваются в качестве самостоятельного, наряду с негативными и позитивными симптомокомплексами психопатологического домена.

Цель исследования – построение клинико-психометрической (включающей данные как кросс-секционного, так и динамического анализа) модели личностных аномалий, выступающих в клиническом пространстве шизофрении.

В соответствии с поставленной целью, обозначен следующий спектр **задач исследования**:

1. Определение позиции (квалификация) РЛ в психопатологическом пространстве шизофрении и РШС;
2. Выявление связей психопатоподобных расстройств, релевантных РЛ кластеров А (шизоидное / шизотипическое / параноидное), В (нарциссическое / истерическое / пограничное), С (тревожное / ананкастное / избегающее) с основными формами шизофренического дефицита (эмоционального / апато-абулического);
3. Определение клинико-психологических характеристик и механизмов формирования психопатоподобных расстройств, выступающих во взаимосвязи с негативной симптоматикой в структуре общих синдромов выделенных психопатоподобных синдромов;

4. Установление связи варианта динамики патохарактерологической трансформации с формой течения шизофренического процесса (фазный, симультанно-прогредиентный; симультанный вариант);

5. Установление клинического значения псевдопсихопатических состояний в плане оценки уровня стабилизации эндогенного процесса.

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

В качестве **критериев включения** выступали:

1) наличие верифицированного диагноза шизофрении и расстройств шизофренического спектра, установленного на основании критериев международных диагностических руководств (F20, F21), а также в соответствии с отечественными клиническими классификациями, представленными в современных руководствах по психиатрии (Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., 2020; Смулевич А.Б., 2019; Тиганов А.С., 2012);

2) Длительность заболевания не менее 5 лет, позволяющая верифицировать как траекторию развития личности, так и клиническую характеристику дефекта;

3) Возрастной диапазон пациентов от 18 до 65 лет;

4) Возможность сбора объективной информации о пациентах (дееспособные родители / сибсы);

5) Наличие информированного согласия пациентов на участие в исследовании.

Критериями невключения служили:

1. Наличие галлюцинаторно-параноидных расстройств;

2. Тяжелая соматическая патология, препятствующая достоверной дифференциальной диагностике;

3. Деменция или другое органическое психическое расстройство (F00-F09 по МКБ-10) и признаки умственной отсталости (F70-F79);

4. Злоупотребление ПАВ (F10-F19).

Критериями исключения из выборки в процессе исследования служили:

1. Повышение показателей по шкале оценки злокачественного нейролептического синдрома (NMS) выше: 8 баллов – для пациентов с некататоническими формами шизофрении; 18 баллов – для пациентов с кататонической формой шизофрении (расчет нормативов устанавливался по S. Sadchev., 2005).
2. Появление признаков острого респираторного/инфекционного заболевания, влияющего на достоверность оценки психического статуса;
3. Отказ родственников (родителей, половозрелых сиблингов) после предварительного включения в исследование от психометрического исследования, предполагающего оценку преморбидного личностного профиля пациента.

В качестве **клинического пространства** кумулирующего связи базисного шизофренического дефекта и РЛ, рассматриваются состояния с минимальной выраженностью позитивных расстройств («criteria of no-to-little positive symptoms»).

Очевидно, что изучение дефицитарных изменений в совокупности с психотическими (позитивными) расстройствами, неизбежно нивелирующее вклад преморбидных свойств личности, не соответствует задачам настоящего исследования. Такие проводимые на основе анализа поздних этапов прогрессивного эндогенного процесса («модели конечных состояний», Эдельштейн, В.Н. Фаворина, К. Leonhard,) исследования исключают возможность рассмотрения коморбидных связей патохарактерологических и негативных расстройств.

Траектория развития негативных психопатологических дименсий при формировании таких состояний традиционно ограничивается вариантами персистирования дефицитарных расстройств на всём протяжении течения заболевания (негативная шизофрения/ шизофрения с преобладанием «первичных дефект-симптомов» – Т.И. Юдин [199]).

Такие (предусматривающие в условиях элиминации позитивной симптоматики) модели изучения негативных расстройств разрабатывались начиная с первых лет XX века (работы О. Diem (1903) и Е. Kraepelin (1913), Klosterkötter J., 1983, – «дефектологическая модель шизофрении»), а позднее – в исследованиях В.Ю. Воробьева (1988) – модель бедной позитивными симптомами шизофрении).

Однако состояния, определяющиеся преимущественно негативными расстройствами (соответственно, подлежащие анализу в плане коморбидных соотношений с РЛ), наблюдаются и при других траекториях развития психопатологических дименсий.

Явления шизофренического дефицита доминируют: (1) либо в дебюте, на ранних этапах заболевания (предшествуя манифестации позитивных расстройств) в клинической картине одноприступной шизофрении («шизофрения, остановившаяся «после единовременного падения активности», по Mayer-Gross W. [410], «в самом начале», по Huber G. [327]); (2) либо в клиническом пространстве постпсихотических резидуальных состояний, при минимальной выраженности позитивных симптомокомплексов (сверхценных, истерических, тревожных, обсессивно-компульсивных).

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).

Отбор больных осуществлялся на базе клинического материала аспирантов (Мухорина А.К., Жилин В.О., Самойлова Е.Д., Борисова П.О.) и научных сотрудников (Дубницкая Э.Б., Колюцкая Е.В.) отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств в рамках масштабного клинико-психометрического исследования негативных расстройств при шизофрении (под рук. академика А.Б. Смулевича).

В выборку включены клинические наблюдения, квалифицированные в международных диагностических руководствах в рамках заболеваний эндогенной группы, протекающих по типу (табл.1): (1) простой (бедной симптомами)

шизофрении (F20.6 по МКБ-10; Наджаров Р.А., 1972; Klosterkötter J., 1983); (2) истерошизофрении (F21.4 по МКБ-10; Дубницкая Э.Б., 1979, Жилин В.О., 2021) с представленностью психопатоподобных расстройств, сопоставимых с различными вариантами истерического / гистрионного РЛ; (3) неврозоподобной шизофрении (F21.3 по МКБ-10; Р. Hoch, Н.М. Palatin, 1949); (4) параноидной шизофрении (F20.0 по МКБ-10); (5) кататонической шизофрении (F20.2 по МКБ-10).

При этом для оценки формирующихся на этапе затухания шизофренического процесса, после перенесенных психотических приступов, вариантов патохарактерологической трансформации типа псевдопсихопатий дополнительно в исследование были включены психотические формы шизофрении – параноидная и кататоническая.

Таблица 1. Распределение общей выборки в соответствии с клиническими формами течения эндогенного процесса

Форма шизофрении/РШС	Код по МКБ-10	Количество наблюдений	Клиническая характеристика по МКБ-10
Простая; «Бедная симптомами» шизофрения	F20.6; F21.5	132 набл.	Постепенно нарастающие негативные симптомы шизофрении с грубыми изменениями поведения без установленных психотических эпизодов
Психопатоподобная	F21.4	60 набл.	Уплощенный аффект; Экцентричное поведение и внешний вид; Навязчивые, без внутреннего сопротивления, размышления дисморфофобического, агрессивного, сексуального и прочего содержания; Эпизодические транзиторные квазипсихотические проявления иллюзорного, галлюцинаторного, бредеподобного характера;
Неврозоподобная	F21.3	30 набл.	Астенические нарушения или навязчивые явления, в целом напоминающие симптоматику соответствующих неврозов; Несоответствие симптоматики психогенному провокатору и/или отсутствие психогенного провокатора, характерного для невротических расстройств
Параноидная	F20.0	27 набл.	Синдром Кандинского-Клерамбо Бред различного содержания, галлюцинации
Кататоническая	F20.2	30 набл.	Ступор; Возбуждение с беспорядочными движениями; Застывания, негативизм; Ригидность; Восковая гибкость

Методы исследования. Психопатологическая оценка психического статуса больных с последующей верификацией установленного клинического диагноза проводилась в рамках клинических разборов с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В качестве *основного метода* исследования был избран *психометрический*. Для решения поставленных в настоящем исследовании задач были специально разработаны алгоритмы кросс-секционной и лонгитюдинальной психометрической оценки формирующихся под влиянием дефицитарных симптомокомплексов патохарактерологических расстройств, выступающих в клиническом пространстве шизофрении.

Развернутое патопсихологическое и психометрическое исследование включало в себя оценку:

1. *Общего профиля психических процессов* на базе стандартизированного патопсихологического обследования (корректирующая проба, «10 слов», «Пиктограммы», «Классификация», «Сравнение понятий»);
2. *Уровня общей умственной продуктивности* больных с применением методики Wechsler Adult Intelligence Scale, 4-е издание (WAIS-IV; Wechsler D., 1955; Pearson, 2008; адаптация Панасюка А.Ю.);
3. *Структуры негативной симптоматики с применением шкал:*
 - a. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических симптомов (Andreasen N., 1984; адаптация Мосолова С.Н.);
 - b. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – клиническая рейтинговая шкала типологической многомерной оценки негативной симптоматики первого поколения (Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987; адаптация Мосолова С.Н.);

c. Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) – клиническая рейтинговая шкала оценки негативной симптоматики второго поколения (Blanchard et al., 2011);

Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) – клиническая пропорциональная шкала для оценки астенической симптоматики (Smets E.M. 1996; русификация – Лобанова В.М.). Согласно современным представлениям о шизофреническом дефекте, конструкт негативной симптоматики включает два основных психопатологических домена – волевой и эмоциональный. Однако результаты актуальных исследований, проведенных на базе ФГБНУ НЦПЗ (Смулевич А.Б. с соавт., 2019), свидетельствуют о том, что астеническая симптоматика в психопатологическом пространстве шизофрении формируется в тесной взаимосвязи с нарастающими негативными изменениями и по своим клиническим характеристикам косвенно соответствует конструкту «анергии», рассматриваемому зарубежными исследователями в границах дефицитарных расстройств апато-абулического круга.

В настоящем исследовании шкала MFI-20 была использована для оценки признаков устойчивой, нарастающей пропорционально формированию негативных изменений, не поддающейся редукции по минованию эксацербаций, не зависящей от соматической или неврологической патологии, астенической симптоматики как одного из клинических проявлений редукции энергетического потенциала;

4. *Общего профиля личности:*

a. Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-II) – структурированное клиническое интервью для оценки профиля расстройств личности, разработанное для DSM-IV;

b. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В) – порядкового типа психометрическая методика оценки индивидуально-личностного профиля больных (Русалов В.М., Манолова О.Н., 1997);

- c. Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-A) – клинический опросник оценки выраженности шизотипических черт личности (Raine A., 1991; адаптация Ениколопова С.Н, Ефремова А.Г.);
- d. Symptom Check List-90-Revised (SCL-90) – психометрическая скриннинговая методика оценки актуальной невротической психопатологической симптоматики пациента (Derogatis L. etal., 1971; адаптация Тарабриной Н.В.);
5. *Кататонических расстройств* с применением шкалы Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS; G. Bush, 1996; официальная русскоязычная версия для психофармацевтических исследований);
6. *Дименсий личностной незрелости:*
- a. «Методика оценки личностной зрелости» (МОЛЗ, Руженков В.А., 2016);
- b. Опросник «Уровень выраженности инфантилизма» (УВИ, Серегина А. А., 2004);
7. *Выраженности диссоциативной симптоматики* с применением шкалы Dissociative Experience Scale (DES; Carlson E. B., Putnam F.W., 1993; официальная русскоязычная версия для психофармацевтических исследований);
8. *Профиля отношения к болезни:*
- a. Medical Outcomes Study-Short Form (MOSSF-36) – опросник для оценки качества жизни пациента, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья (J.E. Ware, 1992; адаптация Межнационального Центра Исследования Качества Жизни г. Санкт-Петербург);
- b. Методика «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

Дизайн исследования предполагал этапность процедуры психометрической диагностики:

1. Ретроспективная оценка преморбидного патохарактерологического склада больных (профиль расстройств личности, характеристика эмоционально-волевой сферы и др.);
2. Актуальная оценка психического статуса больных (выраженность негативной симптоматики, структура сопутствующих патохарактерологических изменений) на момент поступления;
3. Динамическая оценка психического статуса больных по миновании экзацербации на момент выписки.

Для верификации **ретроспективной оценки** больных диагностический блок личностных методик (SCID-II, ОЧХ-В, SPQ-A, SCL-90) предъявлялся как для субъективного (пациента), так и для объективного (а) одним из родителей; б) реитером на основании данных анамнестических сведений) заполнения с инструкцией о необходимости оценки преморбидных личностных характеристик больного. На следующем этапе проводился подсчет баллов с последующим статистическим анализом корреляции значимости отличий между средними показателями субъективной и объективной оценки для каждой из подшкал опросников на базе расчета коэффициента корреляции Спирмена. На основании подшкал, не обнаруживающих значимости различий ($p \geq 0,05$), составлялся унифицированный **дименсиональный профиль** преморбидного патохарактерологического склада больных.

Динамическая диагностика выраженности негативных расстройств (SANS, PANSS, CAINS, MFI-20) и явлений психического инфантилизма (МОЛЗ, УВИ) также проводилась с применением описанной выше процедуры верификации.

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 $p < 0,05$.

Обобщенные **социодемографические параметры** (табл.2) обследованной выборки (295 больных; 174 – жен.; 99 – муж., средний возраст $34,9 \pm 9,36$) уже при первичной оценке отражают аспекты дефицитарности в социальном функционировании, что соотносится с высокой потребностью больных в госпитализации (среднее их число $4,1 \pm 3,1$) и длительностью заболевания (в среднем – $20,7 \pm 8,2$).

В первую очередь речь идет о показателях *трудовой дезадаптации* пациентов. Так, несмотря на то, что на момент обследования все 100% выборки находятся в трудоспособном возрасте (средний возраст $34,9 \pm 9,36$) и имеют высокий образовательный стандарт (138 набл./46,7% больных получили высшее образование, при средней норме для населения в 37,7% по данным Госкомстат, 2017), подавляющее число пациентов (206 набл./69,8%) безработны и ведут иждивенческий образ жизни, что значительно отличается от средней нормы безработицы экономически активного населения России по данным Госкомстат (2017) в 5,2%.

На связь трудовой дезадаптации больных с влиянием дефицитарных эндогенно-процессуальных изменений указывают: стабильность трудового стажа (средняя длительность – $9,7 \pm 3,8$) до момента манифестации заболевания (средний возраст – $28,6 \pm 10,4$); корреляция возраста прекращения трудовой активности (в среднем – $33,6 \pm 5,7$) с возрастом манифестации; высокий уровень инвалидизации по выборке (62 набл./21% – инвалиды II группы по психическому заболеванию).

Таблица 2. Характеристика социодемографических параметров общей выборки.

Параметр	Общая выборка (n=295)
Возраст (лет)	34,9±9,36
Средний возраст манифестации	28,6±10,4
Средняя длительность заболевания	20,7±8,2
Среднее количество госпитализаций	4,1±3,1
Средний возраст утраты трудоспособности	33,6±5,7
Семейный статус:	
в актуальном браке	82 набл. (27,8%)
разведены	49 набл. (16,6%)
никогда не состояли в браке	164 набл. (55,6%)
Образование:	
высшее	138 набл. (46,7%)
неоконченное высшее	59 набл. (20,1%)
среднее специальное	71 набл. (24,1%)
общее	27 набл. (9,2%)
Трудовой статус:	
работают	89 набл. (30,2%)
не работают (иждивенцы)	206 набл. (69,8%)
из них: инвалиды по психическому заболеванию	62 набл. (21%)
Длительность трудового стажа (лет)	9,7±3,8

Семейный статус больных также обнаруживает особенности дефицитарных изменений, характерные для клиники эндогенно-процессуальной патологии – лишь 27,8% выборки (82 набл.) состоят в актуальном браке, при норме популяционных показателей в 57,4% по данным, полученным в ходе Всероссийской переписи РФ от 2010 года. Высокий процент никогда не состоявших в браке (164 набл./55,6%) предположительно имеет корреляцию с ранним дебютом заболевания и быстрым нарастанием негативных изменений, характерным для клиники шизофрении и РШС.

ГЛАВА 3. КРОСС-СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ, ФОРМИРУЮЩИХСЯ ПРИ СОУЧАСТИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ ШИЗОФРЕНИИ

В настоящем исследовании, в соответствии с заявленной рабочей гипотезой, расстройства личности (РЛ) рассматриваются в качестве третьего (наряду с негативными и позитивными расстройствами) самостоятельного домена.

Указания на возможность квалификации проявлений динамики РЛ, связанной с болезненным процессом в качестве самостоятельного расстройства, выступающего в клиническом пространстве шизофрении параллельно с процессуально обусловленными психопатологическими дименсиями (позитивными/негативными расстройствами), принадлежащими непосредственно эндогенному заболеванию, содержатся в трудах П.Б. Ганнушкина и его школы [63]. Б.Д. Фридман [179] указывает на необходимость разграничения процессуально обусловленных психопатологических расстройств от процессуально изменённых характерологических аномалий.

Феномен патологии личности исторически связан с концепцией шизофрении и проблемой конституциональной уязвимости к эндогенному процессу. В.А. Внуков [19], подчёркивая тесную связь шизофрении с личностью больного, рассматривает эндогенный процесс в качестве базы, «плодотворной почвы» для развития «характерологических новообразований» – психопатий.

Патохарактерологические дименсии, преобладая в клинической картине начальных и завершающих этапов заболевания (замкнутый на патохарактерологических структурах цикл развития заболевания), персистируют на всём протяжении эндогенного процесса.

В качестве основы анализа соотношений расстройств личности с дефицитарными образованиями эндогенного круга в настоящем исследовании тестируется гипотеза первичного трансформирующего воздействия негативных расстройств, реализующегося как деформацией конституциональной структуры,

так и созданием на базе дихотомии шизофренического дефекта новой типологической организации РЛ.

В качестве первостепенной задачи исследования выступает установление связи формирующихся в клиническом пространстве эндогенного заболевания психопатоподобных расстройств (релевантных РЛ кластеров А, В, С) с основными формами шизофренического дефицита (эмоциональный/апато-абулический тип дефекта).

В ходе решения поставленной задачи был проведен статистический анализ данных клинико-психометрического исследования выборки больных, на базе которого оказались выделены **8** психопатоподобных синдромов, прототипических РЛ кластеров А, В, С.

При сравнении психометрических показателей внутри каждого из синдромов обнаружилась статистически достоверная однородность (диапазон $p \geq 0,05-0,01$) по факторам: общей клинической картины шизофренического дефекта; профиля основных доменов негативной симптоматики; профиля размерной структуры сформировавшихся патохарактерологических симптомокомплексов.

При ранжировании выделенных психопатоподобных синдромов по принципу связи с ведущим доменом негативных расстройств выявляется их группирование в соответствии с доминированием в клинической картине изменений апато-абулического (дефензивный полюс) либо эмоционального (экспансивный полюс) дефицита².

Психопатоподобные синдромы, относящиеся к разным кластерам РЛ по признаку аффилиции к определённому домену негативных расстройств (синдромы дефензивного/экспансивного полюса) могут быть объединены в единую группу. При этом психопатоподобные синдромы, релевантные определённому кластеру РЛ

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.

(А, В, С), также распределяются в пределах двух полярных подгрупп по признаку аффилиации к тому или иному домену негативных расстройств.

К числу психопатоподобных синдромов, формирующихся при воздействии апато-абулических расстройств, отнесены к кластерам А – С соответственно: 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 рационализма (рис.1).

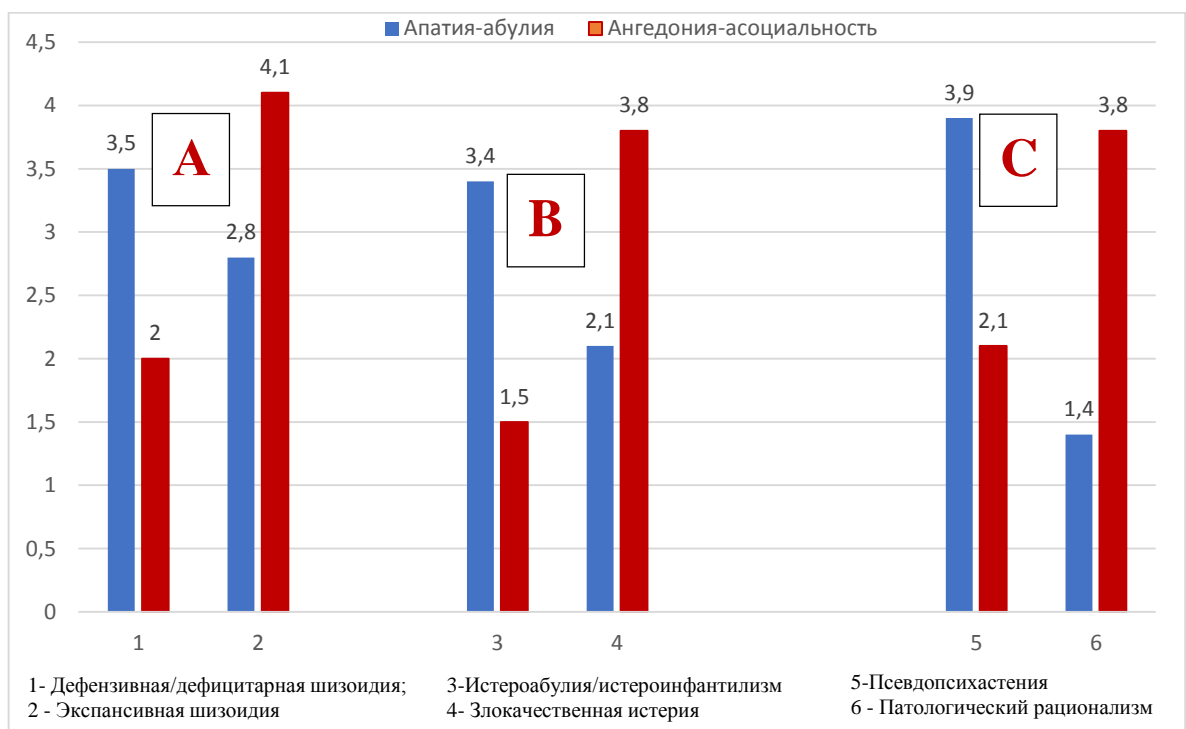


Рисунок 1. Сепарация дифференцированных по кластерам А/В/С расстройств личности в соответствии с полярной структурой дефекта.

Правомерность подобной дихотомической дифференциации подтверждается при статистическом анализе достоверным (значимым различием $-p \leq 0,01$) преобладанием 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) в группе пациентов, отнесенных к психопатоподобным синдромам дефензивного полюса, и полярной структурой дефекта синдромов экспансивного полюса (преобладание показателей подшкалы

ангедонии-асоциальности – $3,5 \pm 0,3$ над показателями подшкалы апатии-абулии – $2,6 \pm 0,2$; $p \leq 0,01$).

При этом, по данным психометрического исследования, единая для всех синдромов дефензивного полюса дименсиональная психопатологическая структура определяется³:

1. Патологической амплификацией дименсий преморбидной личности больного с нарастанием пассивности, ведомости и нерешительности, обостренной рефлексией, патологической неуверенностью в себе и утратой способности к самостоятельному руководству жизненными выборами с последующим формированием явлений зависимости;
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; отсутствие близких друзей по SPQ-A – $5,6 \pm 0,4$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS – $3,2 \pm 0,2$ балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A – $6,2 \pm 1,3$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS – $5,2 \pm 0,4$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R – $1,5 \pm 0,3$ балла);
3. Низкой степенью выраженности эмоциональных расстройств, отражающих в первую очередь связанное с абулическими изменениями обеднение общего уровня социальной активности, склонность к формированию сенситивных идей отношения, сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с

³ 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.

родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS – $2,9 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A – $3,7 \pm 0,4$ балла).

Единая для всех синдромов экспансивного полюса дименсиональная психопатологическая структура определяется⁴:

1. Видоизменением преморбидного личностного профиля больных 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 – $5,7 \pm 1,8$; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) – $0,9 \pm 0,2$; межперсональная тревожность – SCL-90 – $0,2 \pm 0,5$; 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).

Для удобства восприятия клинико-психологическая структура синдромов патохарактерологической деформации представлена ниже в табличной форме (таблицы 3-35).

⁴Лобанова, 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.

Таблица 3. Клинико-психометрическая структура синдрома дефензивной шизоидии.

Синдром дефензивной шизоидии (Бовен, 1915, Kretschmer, 1921, Юдин Т.И., 1926, Т. Millon, 2006)	
Конституциональный личностный склад (табл.4)	«Вялые шизоиды» [415], с присущей им инертностью психической деятельности, обостренной рефлексией, склонностью к формированию зависимости от значимого другого.
Стереотип развития заболевания	Одноприступная по типу «бедной симптоматики» шизофрения.
Патохарактерологические расстройства (табл.5)	Бедность психической жизни, медлительность, «правильность», нерешительность, рефлексивность. Догматическое усвоение расхожих истин, воспринимаемых как руководство к действию. При этом, странности, чудачества, парадоксальность не характерны, а порой совершенно чужды.
Эмоционально-волевая сфера	Черты ведомости - подчиняемость, послушность, неуверенность в себе, робость. Симбиотическая зависимость от покровителей (родители, опекуны, начальники), <i>выраженный инфантилизм</i> . Склонность к реакциям избегания и отказа.
Сфера коммуникаций	Явления аутизма перекрываются и амальгамируются с дименсиями утомляемости (астенический аутизм). Повышенная социальная тревожность, мнительность, склонность к формированию сенситивных идей отношения. Сужение круга интерперсональных контактов, ограничивающихся пределами семьи.
Сфера общей психической энергии	Сохранение работоспособности в границах низкоквалифицированных форм труда.
Когнитивные расстройства	Отсутствие клинически выраженного когнитивного дефекта (IQ-97±4,8). На первый план выступают расстройства мотивационного компонента психической деятельности – снижение продуктивности произвольных компонентов внимания (концентрация, избирательность), мнестической деятельности (обеднение кратковременной и долговременной памяти) и мышления (явления разноплановости и тангенциальности).
Негативные расстройства (табл. 6)	Преобладание абулических расстройств со снижением инициативности и спонтанности - утратой честолюбивых стремлений и трудностями в принятии самостоятельных решений. Эмоциональные изменения ограничены и реализуются заострением черт аутизации, стереотипностью эмоциональных реакций и формализмом межперсональных контактов.
Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности	«Фазный» вариант перекрывания НР/РЛ

Таблица 4. Показатели SCID пациентов с синдромом дефензивной шизоидии

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	4,2 \pm 0,5
Зависимое (≥ 5)	5,5 \pm 0,3
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	2,5 \pm 0,3
Паранойальное (≥ 4)	2,5 \pm 0,6
Шизотипическое (≥ 5)	1,9 \pm 0,7
Шизоидное (≥ 4)	5,2 \pm 1,1
Истерическое (≥ 5)	0
Нарциссическое (≥ 5)	0
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	0

Согласно данным табл.4, преморбидный личностный склад пациентов соответствует профилю шизоидного РЛ дефензивного полюса (с включением дименсий, характерных для личностей избегающего и зависимого профиля), о чем свидетельствуют клинически выраженные показатели по шкале шизоидного расстройства личности в совокупности с превышением порога диагностической значимости по шкалам избегающего и зависимого РЛ.

Таблица 5. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным Опросника Черт Характера Взрослого (ОЧХ-В) пациентов с синдромом дефензивной шизоидии

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	5,6	4,2	$p \geq 0,05$
Застревание	20,5	25,3	$p \leq 0,05$
Эмотивность	9,3	7,8	$p \geq 0,05$
Педантичность	6,7	7,2	$p \geq 0,05$
Тревожность	19,5	27,1	$p \leq 0,01$
Циклотимность	3,1	3,3	$p \geq 0,05$
Демонстративность	1,9	2,3	$p \geq 0,05$
Возбудимость	1,8	1,5	$p \geq 0,05$
Дистимность	16,1	17,5	$p \geq 0,05$
Экзальтированность	7,7	6,9	$p \geq 0,05$

Профиль психометрических показателей, представленных в табл.5 (акцентуация по шкалам тревожности, дистимности, и застревания; а также деакцентуация по шкалам циклотимности, демонстративности и возбудимости) свидетельствуют о преобладании у пациентов с синдромом дефензивной шизоидии черт пассивности, безынициативности, склонности к нерешительности и рефлексии, социальной тревожности и склонности к избегающему поведению.

В соответствии с данными табл.6, у пациентов с синдромом дефензивной шизоидии отмечается средняя степень выраженности показателей по шкале апатии-абулии SANS в сочетании с легкими показателями по шкале ангедонии-асоциальности. Это свидетельствует о преобладании в структуре негативных изменений абулического круга с преобладанием волевой бедности, психофизической утомляемости (что подтверждается повышением по шкале астении MFI-20), трудностей с произвольной инициацией и регуляцией активной деятельности.

Таблица 6. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом дефензивной шизоидии

Шкалы	Дефензивная шизоидия (n-25)
Апатия - абулия	2,9±0,3
Уход за собой	2,9± 0,4
Снижение продуктивности в работе/учебе	2,9±0,3
Снижение физического энергетического потенциала	3,1±0,4
Субъективная оценка апато-абулических расстройств	2,7±0,2
Ангедония-асоциальность	1,8±0,3
Активность свободного времени	1,8±0,1
Сексуальные интересы	2,5±0,2
Способность чувствовать интимность и близость	1,4±0,1
Отношения с родителями и коллегами (аутизм)	1,4±0,2
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	1,5±0,5
PANSS (N)	
Уплощенный аффект	2,5±0,4
Снижение эмоциональной вовлеченности	3,4±0,3
Снижение коммуникабельности	3,1±1,3
Пассивная/апатическая социальная самоизоляция	5,3±0,7
Нарушения абстрактного мышления	3,1±0,5
Снижение спонтанности и речевой активности	3,3±0,4
Стереотипность мышления	3,5±1,2
MFI-20	65,5±7,6

Таблица 7. Клинико-психометрическая структура синдрома дефицитарной шизоидии

Синдром дефицитарной шизоидии <i>(Kahn E., 1923, Шмаонова Л.М., 1985, Воробьев В.Ю., 1988)</i> (25 набл. 19 - мужчины, 6-женщины; средний возраст – 27,3±9,4 лет; длительность заболевания 10,3±7,7 лет).	
Конституциональный личностный склад <i>(табл. 8).</i>	«Дистанцированные» [415] или «дефицитарных шизоидов» [191; 353]. Врожденные признаки «задержанного дизонтогенеза» [111; 200] - энергетическая недостаточность, ригидность и заторможенность психических процессов («преморбидно обедненные черты» по Иваницкой Т.Ю. [49]).
Стереотип развития болезни	«Бедная симптомами», протекающая по типу простой, шизофрения.
Патохарактерологические расстройства <i>(табл.9)</i>	Обособленность (вплоть до затворничества), замкнутость, ригидность и стереотипность с «обесцвечиванием» индивидуальных свойств, аффективная тупость, скудность пластической экспрессии (мимики, моторики, речи).
Эмоционально-волевая сфера	Отсутствие потребности в формировании эмоциональных привязанностей и поддержании межперсональных контактов, аффективная тупость и скудность экспрессии. Отсутствие индивидуальных побуждений, интересов и стремлений. Обусловленное безволием и инертностью, подчинение родителям, опекунам, медперсоналу, руководству.
Сфера коммуникаций	Аутистический отрыв от реальности, социальная отчужденность, аскетизм.
Сфера общей психической энергии	Снижение – сужение спонтанной активности во всех жизненных сферах («заторможенная активность» по Delay J. [263]). Утрата трудоспособности с пассивным исполнением порученных опекунами простейших домашних обязанностей («бесцельно дрейфующие по океану жизни» Т.Millon [415]).

Продолжение таблицы 7

<p>Когнитивные расстройства</p>	<p><i>Интеллект.</i> Обеднение интеллекта (средний показатель IQ на момент исследования – 77,6±8,7) с выраженными расстройствами мотивационного компонента психической деятельности («падение спонтанности психических процессов» по Дробижев М. Ю. [37]), опосредующие инертность, заторможенность и истощаемость психического темпа.</p> <p>У ряда больных (9 набл. / 36%) степень когнитивного снижения достигает уровня псевдоорганического дефекта (средний показатель IQ на момент исследования – 67,9±3,2).</p> <p><i>Внимание.</i> Выраженный диссонанс между относительной сохранностью произвольного и значительным распадом произвольного компонента процесса. Длительные умственные и интеллектуальные нагрузки приводят к быстрой истощаемости процесса внимания с постепенным нарастанием дефицита сосредоточения.</p> <p><i>Память.</i> На первый план выступают грубые расстройства опосредованного запоминания (КОЗ в методике «Пиктограммы» - 45,3±10,8), обусловленные искажением ассоциативных процессов мышления (КА-53±20,1). Продуктивность произвольных компонентов памяти, включающие ее кратковременную (средний объем запоминания в пробах Лурии – 4,7±1,3) и долговременную составляющие, резко снижена.</p> <p><i>Мышление.</i> Явления психического дефицита: снижение динамического компонента (среднее число слов в методике ИБМ – 16,5±3,1), снижение продуктивности абстрактного мышления. На фоне недостаточности интеллектуальной составляющей расстройства операционального компонента мышления ограничиваются снижением уровня обобщения по типу сверхконкретности (77%) и формализма (61%).</p>
<p>Негативные расстройства (табл. 10)</p>	<p>Преобладание абулических расстройств с явлениями редукции энергетического потенциала (Conrad K., 1958), снижением общего уровня психофизической выносливости, присоединением явлений соматопсихической хрупкости (по Внукову В.А. [19]). Эмоциональные изменения обнаруживаются в выраженном сужении эмоционального диапазона, полной утратой потребности в установлении дружеских и романтических контактов с формированием симбиотической зависимости от одного из родителей.</p>
<p>Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности</p>	<p>Симультанно-прогредиентный вариант перекрывания НР/РЛ</p>

Таблица 8. Показатели SCID пациентов с синдромом дефицитарной шизоидии.

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	7,2 \pm 0,4
Зависимое (≥ 5)	7,3 \pm 0,2
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	4,7 \pm 0,2
Паранойальное (≥ 4)	3,4 \pm 0,3
Шизотипическое (≥ 5)	1,7 \pm 0,2
Шизоидное (≥ 4)	7,3 \pm 0,8
Истерическое (≥ 5)	0
Нарциссическое (≥ 5)	0
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	0

Согласно данным, представленным в табл. 8, конституциональный личностный склад пациентов с синдромом дефицитарной шизоидии соответствует шизоидному РЛ, схожему с личностным профилем пациентов с дефинзивной шизоидией, о чем свидетельствуют пики по соответствующим шкалам SCID (избегающее и зависимое РЛ). При этом, круг патохарактерологических феноменов расширяется за счет присоединения дименсий обсессивно-фобической личности – что определяет выраженную ригидность, психическую монотонность, склонность к формированию идеаторных навязчивостей.

Таблица 9. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным Опросника Черт Характера Взрослого пациентов с синдромом дефицитарной шизоидии

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	3,3	1,2	$p \geq 0,05$
Застревание	25,4	30,4	$p \leq 0,05$
Эмотивность	4,9	1,6	$p \leq 0,05$
Педантичность	7,7	9,3	$p \geq 0,05$
Тревожность	6,8	7,9	$p \leq 0,01$
Циклотимность	2,9	1,8	$p \geq 0,05$
Демонстративность	1,3	0,7	$p \geq 0,05$
Возбудимость	1,6	1,2	$p \geq 0,05$
Дистимность	22,7	30,5	$p \leq 0,01$
Экзальтированность	5,6	4,9	$p \geq 0,05$

Показатели табл.9, обнаруживающие акцентуацию по шкалам застревания и дистимности при деакцентуации шкал возбудимости и гипертимности, свидетельствуют о характерных для больных этой группы чертах выраженной пассивности, психической инертности, бедности эмоциональной и деятельностной сферы, аутизации с отсутствием потребности в социальных контактах.

Данные, представленные в табл.10, указывают на преобладание в структуре негативных расстройств явлений абулического дефицита, достигающего в этой группе больных, тяжелой степени выраженности. Негативные расстройства представлены распадом волевого компонента, грубой психофизической истощаемостью, утратой способности к произвольной деятельности с отчетливой зависимостью от опекуна.

Таблица 10. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом дефицитарной шизоидии

Шкалы	Дефицитарная шизоидия (n-25)
<i>Апатия – абулия</i>	4,3±0,2
<i>Уход за собой</i>	3,8± 0,2
<i>Снижение продуктивности в работе/учебе</i>	4,5±0,1
<i>Снижение физического энергетического потенциала</i>	4,5±0,3
<i>Субъективная оценка апато-абулических расстройств</i>	3,8±0,4
Ангедония-асоциальность	3,1±0,3
<i>Активность свободного времени</i>	3,1±0,2
<i>Сексуальные интересы</i>	4,3±0,3
<i>Способность чувствовать интимность и близость</i>	3,9±0,4
<i>Отношения с родителями и коллегами (аутизм)</i>	3,2±0,3
<i>Субъективное осознание ангедонии-асоциальности</i>	2,9±0,4
PANSS (N)	
<i>Уплощенный аффект</i>	5,7±0,3
<i>Снижение эмоциональной вовлеченности</i>	5,5±0,2
<i>Снижение коммуникабельности</i>	4,9±0,1
<i>Пассивная/апатическая социальная самоизоляция</i>	6,7±0,3
<i>Нарушения абстрактного мышления</i>	6,5±0,4
<i>Снижение спонтанности и речевой активности</i>	5,9±0,2
<i>Стереотипность мышления</i>	6,1±1,4
MFI-20	87,5±10,3

Таблица 11. Клинико-психометрическая структура синдрома экспансивной шизоидии

<p align="center">Синдром экспансивной шизоидии с изменениями типа фершробен <i>(Birnbaut K., 1906, первичный дефект-синдром – А.К. Мухорина, 2018)</i> (75 набл. 22 - женщины, 53-мужчины; средний возраст – 48,3±13,4 лет; длительность заболевания 30,7±12,7 лет).</p>	
Конституциональный личностный склад <i>(табл.12)</i>	Шизотипическое расстройство личности.
Стереотип развития болезни	Одноприступное течение шизофрении с последующей стабилизацией на уровне нажитого шизотипического расстройства
Патохарактерологический расстройств <i>(табл.13)</i>	Чужаковатость, эксцентричность, странность внешнего облика, речи («ходульность особого языка, заменяющего родной» [235]; прямолинейность, буквальное понимание сказанного (изъян осознания переносного смысла и тонкостей метафор, отсутствие чувства юмора); несоответствие поведения в быту и уклада жизни контексту ситуации, конвенциональным нормам («утрата аллопсихического резонанса» [376]), акцентуация по типу «oddity»: определяется дименсиями «странности», «необычности» [498] и «дезадаптивной открытости» [461] с приобретающими свойства эксцентричности чужаковатостью и девиациями поведения.
Эмоционально-волевая сфера	Холодность, в крайнем выражении – отрешенность даже от близкого окружения [493]; прагматизм в межличностных и/или семейных отношениях, лишенных синтонности, естественности, искренних проявлений любви.
Сфера коммуникаций	Аутизм с витальным отрывом от реальности - существование в «коконе» аутопсихики при полном абстрагировании от актуальных социальных событий и отказом от участия в них; неспособность достичь в общении психологического комфорта. Отсутствие аффективного резонанса с внешним миром
Сфера общей психической энергии	Гиперстения – неутомимая энергия с аутистически направленной, односторонней деятельностью (без учёта прошлого опыта, перспектив на будущее). Утрата трудоспособности с уходом в социально неодобряемыми/эксцентричные, нелепые сверхценные увлечения (аутистическая активность [417]), либо сохранение трудоспособности в случае сверхценного увлечения избранной профессиональной сферой.

Продолжение таблицы 11

Когнитивные расстройства	<i>Интеллект.</i> Обеднение умственной продуктивности, не достигающее уровня выраженного интеллектуального дефекта (IQ – 95,4±5,7).
	<i>Внимание.</i> Выраженные расстройства концентрации внимания, снижение функции избирательности как показателя мотивационной составляющей процесса.
	<i>Память.</i> Расстройства опосредованного запоминания (КОЗ в методике «Пиктограммы» - 72,3±7,2). Снижение продуктивности кратковременной памяти (средний объем запоминания в пробах Лурии – 5,9±1,2) обуславливается недостаточностью мотивационного компонента и функции сосредоточения. Динамика процесса неустойчивая.
	<i>Мышление.</i> Нарушения операционального компонента, представленные искажением процесса обобщения по типу актуализации латентных признаков, а также нарушения целенаправленности (мотивационный компонент) мыслительных актов в виде тангенциальности мышления и выраженной склонности к резонерству.
Негативные расстройства (табл. 14)	Патохарактерологические изменения типа фершробен перекрываются с явлениями обусловленного эндогенным процессом эмоционального дефицита. Абулические изменения больных находят отражение не в явлениях психофизической астенизации, а в утрате способности к поддержанию систематической целенаправленной (трудовой, учебной и др.) деятельности.
Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности	«Фазный» вариант перекрывания НР/РЛ

Таблица 12. Показатели SCID пациентов с синдромом экспансивной шизоидии

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	0
Зависимое (≥ 5)	0
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	2,3 \pm 0,6
Паранойальное (≥ 4)	3,1 \pm 0,5
Шизотипическое (≥ 5)	7,1 \pm 0,9
Шизоидное (≥ 4)	3,4 \pm 1,3
Истерическое (≥ 5)	2,1 \pm 1,1
Нарциссическое (≥ 5)	2,5 \pm 0,6
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	1,9 \pm 0,2

Психометрические показатели, представленные в табл.12. свидетельствуют о конституциональном личностном складе больных соответствующих шизотипическому РЛ (акцентуация по шкале шизотипического РЛ SCID).

Таблица 13. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным Опросника Черт Характера Взрослого пациентов с синдромом экспансивной шизоидии

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	14,6	10,1	$p \leq 0,05$
Застревание	18,5	18,7	$p \geq 0,05$
Эмотивность	12,4	3,9	$p \leq 0,01$
Педантичность	17,5	18,7	$p \geq 0,05$
Тревожность	9,8	8,9	$p \geq 0,05$
Циклотимность	10,2	9,5	$p \geq 0,05$
Демонстративность	16,4	15,2	$p \geq 0,05$
Возбудимость	16,5	15,7	$p \geq 0,05$
Дистимность	11,8	15,9	$p \leq 0,05$
Экзальтированность	10,5	81,9	$p \geq 0,05$

В соответствии с табл. 13, обнаруживается акцентуация по шкалам застревания, демонстративности, возбудимости и экзальтированности, что свидетельствует о наличии у пациентов индивидуального своеобразия мышления, чудаковатости в поведении, низкой социальной эмпатии, недостаточности эмоциональной сферы с отсутствием понимания психологической нюансировки и утратой потребности в формировании близких межперсональных контактов.

Таблица 14. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом экспансивной шизоидии

Шкалы	Экспансивная шизоидия
Уплотнение и ригидность аффекта	2,4±0,2
Обеднение мимики	4,6±0,4
Снижение спонтанной подвижности	2,2±0,1
Обеднение выразительности моторики	1,7±0,2
Избегание контакта взглядом	2,3±0,2
Уплотнение аффекта	1,7±0,2
Неадекватность аффекта (паратимии)	3,5±0,3
Монотонность, снижение выразительности речи	2,6±0,2
Субъективное ощущение потери эмоций	2,6±0,1
Нарушения речи	3,4±0,5
Обеднение словарного запаса	3,6±0,5
Обеднение тематики разговора	3,4±0,3
Обрывы мыслей	3,2±0,3
Ответы с задержкой	3,8±0,7
Субъективная оценка нарушений речи	3,1±0,2
Апато-абулические расстройства	2,8±0,6
Уход за собой	3,1±0,2
Снижение продуктивности в работе или учебе	2,8±0,4
Снижение физического энергетического потенциала	2,9±0,2
Субъективная оценка апато-абулических нарушений	1,9±0,3
Ангедония-асоциальность	4,1±0,3
Активность свободного времени	4,1±0,1
Сексуальные интересы	3,9±0,2
Способность чувствовать интимность и близость	4,3±0,4
Отношения с родными и коллегами	4,1±0,3
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	3,9±0,2
Внимание	3,2±0,4
Невнимательность в контакте	3,2±0,5
Невнимательность при психологическом тестировании	3,4±0,4
Субъективное восприятие снижения концентрации внимания	3,2±0,3
PANSS	
N1. Притупленный аффект	4,4±0,2
N2. Эмоциональная отгороженность	4,2±0,4
N3. Трудности в общении	4,5±0,3
N4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность	2,5±0,4
N5. Нарушение абстрактного мышления	5,3±0,5
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	2,4±0,3
N7. Стереотипное мышление	3,4±0,1
MFI-20	12,5±7,2

Данные шкал оценки негативных расстройств, представленные в табл.14 (пик по шкале ангедонии-асоциальности, легкая степень выраженности по шкале апатии-абулии и отсутствие клинически выраженных показателей астении)

свидетельствуют о преобладании у пациентов в структуре дефекта явлений эмоционального дефицита, характеризующегося утратой эмоциональной синтонности, нарастанием черт патологического эгоцентризма и прагматизма, утратой способности воспринимать психологическую нюансировку межличностных контактов и социальных норм. Явления абулического дефицита, в соответствии с данными шкалы апатии-абулии, ограничиваются искажением волевой сферы – при отсутствии явлений психофизической истощаемости (клинически незначимая выраженность показателей по шкале MFI-20) обнаруживается потеря целенаправленности деятельности, склонность к «хаотичной», не регулируемой волей активности, приводящей к трудовой дезадаптации пациентов.

Таблица 15. Клинико-психометрическая структура синдрома эволюционирующего истероинфантилизма

Синдром «эволюционирующего истероинфантилизма» (Лобанова В.М., Жилин В.О., 2019 ⁵) (22 набл. – все женщины; средний возраст – 38,5±9,2 лет; длительность заболевания 15,1± 5,2 лет)	
Конституциональный личностный склад (табл. 16).	«Зависимые» («immature-dependenty» по Т. Millon, [416]) и «блазированные» [178; 445] истерики.
Стереотип развития заболевания	Негативная шизофрения
Патохарактерологические расстройства (табл.17)	Явления дисгармонического психофизического инфантилизма (по Г.Е. Сухаревой [163]): подчёркнутая детскость/грацильность в манере поведения, чрезмерная впечатлительность, наивность и несамостоятельность. Существование на положении «маленького ребенка», неспособного без содействия родителей, опекающих, супругов решить ни одной из жизненно важных проблем.
Эмоционально-волевая сфера	Приобретающие свойство доминирующих идей представления о собственной неполноценности и полной зависимости от оберегающей опеки близких с формированием черт ведомости и угодливости. Реакции горя с растерянностью, явлениями компартмент-диссоциации в структуре истеродепрессии при угрозе сепарации, болезни или смерти значимого другого
Сфера коммуникаций	Сужение круга общения до симбиотической связи со значимым другим, использование любой возможности для демонстрации им преданности и послушания.
Сфера общей психической энергии	Повышенная утомляемость с актуализацией соматизированных расстройств, обуславливающая выбор низкоквалифицированных видов трудовой деятельности с облегченным или свободным рабочим графиком. Потребность в патронажных отношениях с руководителем для поддержания успешной трудовой адаптации.

⁵ 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// Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2020;120(1):7–19 с.

Продолжение таблицы 15

Когнитивные расстройства	<i>Интеллект.</i> Пограничная интеллектуальная недостаточность (IQ – 77,2,4±4,5).
	<i>Внимание и память.</i> На первый план выступают характерные для «негативного» шизофренического симптомокомплекса явления недостаточности мотивационного компонента психических процессов – нарушения избирательности внимания, способности к его концентрации и удержанию сосредоточения, обеднение продуктивности кратковременной памяти.
	<i>Мышление.</i> Нарушения мотивационного компонента обнаруживают себя в явлениях амбивалентности (91,5%), разноплановости (87,9%), тангенциальности (95,3%). В структуре вербальных высказываний отмечаются шперрунги. Преобладание в структуре нарушений операционального компонента явлений псевдоконкретности (68,5%) и формализма (45,5%) над искажением процесса обобщения по типу актуализации латентных признаков отражают общую интеллектуальную недостаточность.
Негативные расстройства (табл.18)	Доминирующие апато-абулические изменения.
Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности	«Фазный» вариант перекрывания НР/РЛ

Таблица 16. Показатели SCID пациентов с синдромом эволюционирующего истероинфантилизма

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	2,6±1,5
Зависимое (≥ 5)	5,1±1,3
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	2,3±0,1
Паранойяльное (≥ 4)	1,7±0,5
Шизотипическое (≥ 5)	0
Шизоидное (≥ 4)	2,8±0,5
Истерическое (≥ 5)	5,3±0,2
Нарциссическое (≥ 5)	1,9±0,4
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	0

Данные табл. 16 демонстрируют пик по шкале зависимого РЛ SCID, что свидетельствует о соответствующем профиле конституционального личностного склада больных. При этом происходит расширение дименсиональной структуры личностного профиля за счет присоединения черт истерического РЛ (превышение диагностического порога по шкале истерического РЛ SCID).

Таблица 17. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным опросника Опросника Черт Характера Взрослого пациентов с синдромом эволюционирующего истероинфантилизма

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	20,4	18,7	$p \leq 0,05$
Застревание	11,3	12,3	$p \geq 0,05$
Эмотивность	20,7	28,1	$p \leq 0,01$
Педантичность	13,5	12,2	$p \geq 0,05$
Тревожность	14,7	25,5	$p \leq 0,01$
Циклотимность	16,8	18,2	$p \geq 0,05$
Демонстративность	20,3	19,5	$p \geq 0,05$
Возбудимость	7,3	5,2	$p \geq 0,05$
Дистимность	7,8	11,3	$p \leq 0,05$
Экзальтированность	10,9	9,6	$p \geq 0,05$

Согласно показателям табл. 17 (акцентуация по шкале гипертимности, эмотивности, циклотимности и демонстративности), у пациентов с синдромом истероинфантилизма обнаруживаются черты зависимости от значимого другого, патологической нерешительности, болезненной незрелости, утрированной впечатлительности и низкой психической устойчивости по отношению к стрессогенным провокаторам.

Таблица 18. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом эволюционирующего истероинфантилизма

Шкалы	Эволюционирующий инфантилизм
SANS	
Уплотнение и ригидность аффекта	1,08±0,3
Обеднение мимики	1,3±0,4
Снижение спонтанной подвижности	1,1±0,5
Обеднение выразительности моторики	1,3±0,2
Избегание контакта взглядом	1,2±0,6
Уплотнение аффекта	1,2±0,4
Монотонность, снижение выразительности речи	1,5±0,2
Субъективное ощущение потери эмоций	отсутствуют
Нарушения речи	3,0±0,4
Обеднение словарного запаса	3,1±0,6
Обеднение тематики разговора	2,9±0,7
Обрывы мыслей	3,1±0,3
Ответы с задержкой	3,2±0,1
Субъективная оценка нарушений речи	2,7±0,5
Апато-абулические расстройства	2,9±0,4
Уход за собой	1,8±0,3
Снижение продуктивности в работе или учебе	3,5±0,2
Снижение физического энергетического потенциала	2,5±0,4
Субъективная оценка апато-абулических нарушений	3,9±0,8
Ангедония-асоциальность	0,9±0,3
Активность свободного времени	2,1±0,2
Сексуальные интересы	1,4±0,5
Способность чувствовать интимность и близость	отсутствуют
Отношения с родными и коллегами	отсутствуют
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	1,3±0,2
Внимание	3,2±0,5
Невнимательность в контакте	3,2±0,8
Невнимательность при психологическом тестировании	3,4±0,6
Субъективное восприятие снижения концентрации внимания	3,1±0,1
PANSS	3,9±0,4
N1. Притупленный аффект	2,4±0,4
N2. Эмоциональная отгороженность	3,6±0,3
N3. Трудности в общении	2,3±0,3
N4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность	6,6±0,7
N5. Нарушение абстрактного мышления	5,1±0,5
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	2,9±0,3
N7. Стереотипное мышление	4,6±0,3
DES (общий показатель)	0,15±0,05
MFI-20	65,4±10,2

Данные психометрического исследования, представленные в табл. 18 свидетельствуют о легкой степени выраженности негативных расстройств (2,9 балла по шкале апатии-абулии; 1,08 по шкале ангедонии-асоциальности SANS; 65,4 балла по шкале MFI-20) с преобладанием в структуре шизофренического дефекта расстройств абулического спектра.

Таблица 19. Клинико-психометрическая структура синдрома истероабулии

Синдром истероабулии (Жилин В.О., Лобанова В.М., 2019) ⁶ (20 набл.; все - женщины; средний возраст – 28,2±8,3 лет; средняя длительность заболевания 10,8± 4,5 лет).	
Конституциональный личностный склад (табл. 20)	«Шизоидные истерики» [130], со свойственными им явлениями невропатии, вегетативной лабильности и склонности к соматизированным реакциям. Отличительная особенность - выявляемая задолго до дебюта шизофрении конституциональная волевая недостаточность , отчетливо выступающая в периоды повышенных психофизических нагрузок
Стереотип развития заболевания	Негативная шизофрения
Патохарактерологические расстройства (табл.21, 22)	Склонность к психогенным реакциям с идеями притязания к окружающим, либо реакциям по типу «бегства в болезнь» с истерическими стигмами (конверсии, алгии, анестезии). Ипохондричность (жалобы на «разбитость», «нехватку сил», снижение активности), сопровождающаяся явлениями самоощущения (по типу «соматического эгоизма»), сочетающаяся с тягой к праздному времяпрепровождению приёмы, банкеты) и удовлетворению гедонистических потребностей (курорты, путешествия).
Эмоционально-волевая сфера	Явления ограниченного апатического дефицита - апатия к работе (job apathy по Schmidt G. et all.), при сохранной способности к не требующей инициации волевого усилия деятельности (рекреационная активность).
Сфера коммуникаций	Манипулятивное поведение, шантаж с требованиями внимания и заботы о себе; перекладывание собственных бытовых обязанностей на родственников.
Сфера общей психической энергии	Неспособность к длительному волевому усилию, повышенная истощаемость, утомляемость со снижением продуктивности психической деятельности и физической активности, утрата профессиональных навыков и трудоспособности.

⁶ Лобанова, В.М. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации)./ В.О. Жилин, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова// Психиатрия. – 2019;(81):39-48.

Продолжение таблицы 19

Когнитивные расстройства	Профиль когнитивных процессов не обнаруживает значимых признаков дефицитарных изменений. Нарушения психических функций обусловлено включением диссоциативной симптоматики – по мере истощаемости возникают жалобы на ощущение «тумана» и «пустоты в голове», отмечаются шперрунги; нарастает снижение концентрации внимания, нарушается продуктивность кратковременной и долговременной памяти.
Негативные расстройства (табл. 23; рис.2.)	Преобладание парциальных апато-абулических расстройств, реализующихся редукцией энергетического потенциала с нарастанием черт безволия, не сопровождающимся при этом грубым снижением психофизической выносливости и тяжелой астенией (показатели шкалы астении MFI-20 соответствуют легкой выраженности: $54,5 \pm 8,7$). Эмоциональные расстройства приоритетно реализуются на уровне патохарактерологических изменений по типу «соматического эгоизма» с заострением черт прагматизма, эгоцентризма, капризности и манипулятивности с обеднением глубины эмоциональных привязанностей и потребности в интерперсональных контактах.
Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности	«Фазный» вариант перекрывания НР/РЛ

Таблица 20. Показатели SCID пациентов с синдромом истероабулии

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	2,4 \pm 0,2
Зависимое (≥ 5)	3,5 \pm 1,5
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	2,4 \pm 0,2
Паранойальное (≥ 4)	3,3 \pm 0,3
Шизотипическое (≥ 5)	1,3 \pm 0,2
Шизоидное (≥ 4)	5,5 \pm 0,4
Истерическое (≥ 5)	6,5 \pm 0,3
Нарциссическое (≥ 5)	2,9 \pm 1,4
Пограничное (≥ 5)	3,1 \pm 0,3
Асоциальное (≥ 3)	1,1 \pm 0,3

Данные в табл. 20 указывают на повышение диагностического порога опросника SCID по шкалам истерического и шизоидного Р, что свидетельствует о преморбидном личностном профиле пациентов, соответствующем профилю «шизоидных истериков».

Таблица 21. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным Опросника Черт Характера Взрослого пациентов с синдромом истероабулии

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	18,5	11,6	$p \leq 0,01$
Застревание	17,7	18,9	$p \geq 0,05$
Эмотивность	22,4	15,4	$p \leq 0,01$
Педантичность	17,8	17,6	$p \geq 0,05$
Тревожность	16,5	22,3	$p \leq 0,01$
Циклотимность	14,5	25,5	$p \leq 0,01$
Демонстративность	24,6	19,3	$p \leq 0,05$
Возбудимость	16,6	15,9	$p \geq 0,05$
Дистимность	12,2	19,5	$p \leq 0,01$
Экзальтированность	15,9	15,6	$p \geq 0,05$

Данные, представленные в табл. 21, указывают на акцентуацию по шкалам тревожности, циклотимности, демонстративности, застревания и экзальтированности. Такой профиль показателей утверждает наличие у пациентов патохарактерологический дименсий типа капризности, эгоцентричности, эгоизма, эмоциональной неустойчивости со склонностью к формированию конверсионных реакций.

Таблица 22. Общие баллы подшкал «Качество жизни» и «Повседневной активности» шкалы MOS SF-36 пациентов с синдромом истероабулии

Шкалы	Общий балл	Комментарии пациентов
Физическое функционирование	3,2±0,6	«Я отмечаю, что стала ленивее, если долго напрягаюсь, начинает невероятно болеть голова»; «я могу заниматься ежедневными делами, но мне стало тяжело заставить себя выполнять обязанности, чего раньше не было»; «раньше я была активнее, сейчас я как-то болезненно обленилась».
Ролевое физическое функционирование	3,5±0,3	«Если я занимаюсь своими делами и не напрягаюсь, то все хорошо, но, если нужно себя заставить, голова и спина начинают нестерпимо болеть»; «я могу долго гулять, но на работе спину сводит – наверное, из-за остеохондроза, хотя врачи его не диагностируют»
Самочувствие	2,1±0,6	«Я, конечно, не инвалид, но я не могу работать, я больной человек, а не симулянтка, как считает моя семья»;
Жизнеспособность	3,2±0,4	«Я раньше была активнее, управляла людьми, сейчас я хочу вести спокойную жизнь, я уже перенапряглась за жизнь, и теперь хочу отдыхать»); «Вне работы я здоровый человек, можете верить или нет, но я просто не могу работать: стоит начать, и вся моя депрессия возвращается обратно, как бы я ни пыталась»
Социальное функционирование	4,9±0,5	«Я, как и все, каждый год путешествую, люблю покупать вещи и обставлять квартиру, ходить по магазинам, для этого много усилий не нужно»; «Вне депрессии я занимаюсь фитнесом, встречаюсь с подругами, хожу по магазинам, занимаюсь домом – мне не дает жизни только депрессия»; «Я не устаю, потому что развлечения не требуют от меня сил физических и силы воли»
Трудовое функционирование	1,2±0,2	«Я не могу работать, потому что как только начинаю заставлять себя – у меня появляются боли»; «я утомляюсь от тех дел, которые для меня неприятны, как будто я растеряла силу воли»; «я потеряла прежние амбиции, мне больше не хочется достигать чего-то, я стала какой-то пассивной»

Показатели шкалы MOS SF-36 (полярность показателей по шкалам социального и трудового функционирования, а также повышение показателей по шкале физического самочувствия и жизнедеятельности) соответствуют данным опросника ТОБОЛ – демонстрируют наличие у пациентов с синдромом истероабулии ипохондрической фиксации в сфере явлений анергии, обусловленной нарастанием негативных изменений.

Такая особенность психосоматического реагирования описывается также в работах отечественных авторов – в частности, в исследовании Малыгина В.Л. [91] с соавторами описывается особое повышенное внимание к телесным ощущениям и склонность к их интерпретации как признаков патологии, наблюдаемая у женщин в возрасте 35-50 лет, страдающих соматоформными расстройствами.

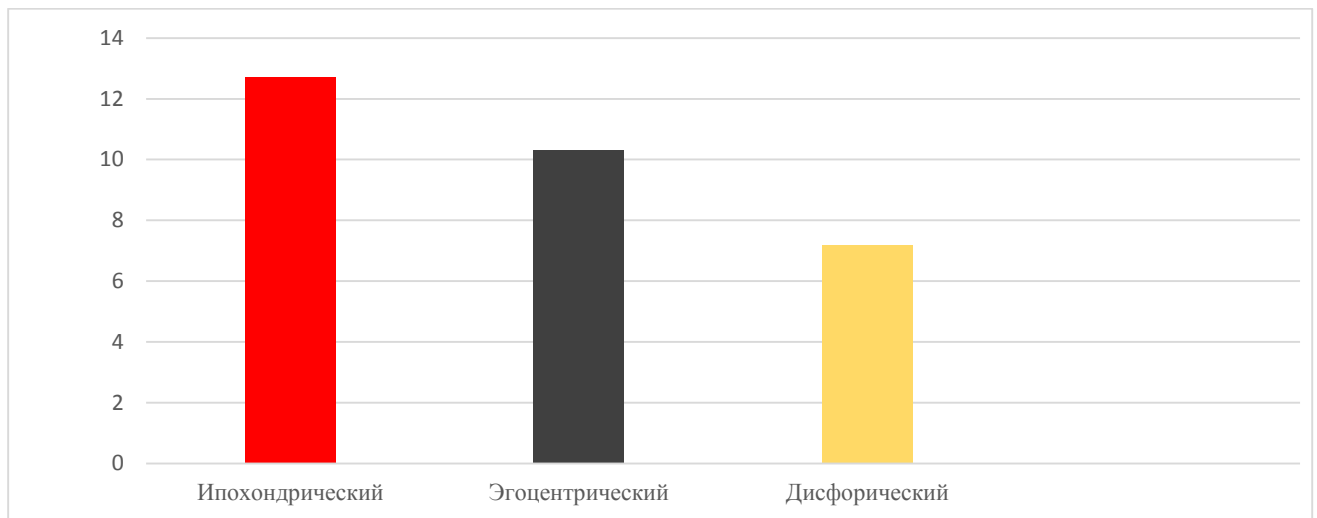


Рисунок 2. Ведущие (показатели >7 баллов) типы отношения к болезни пациентов с синдромом истероабулии по данным опросника ТОБОЛ

Таблица 23. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом истероабулии

Шкалы	Субъективная оценка пациента	Объективная оценка реитером	Общий балл
Апатия-абулия	3,9±0,3	3,9±0,7	3,9±0,5
Уход за собой	0,7±0,2	0,9±0,2	0,8±0,3
Снижение продуктивности в работе или учебе	4,9±0,7	4,6±0,6	4,7 ±0,5
Снижение физического энергетического потенциала	3,3±0,2	3,5±0,4	3,1±0,3
Субъективная оценка апато-абулических нарушений	3,2±0,1	-	3,2±0,1
Ангедония-асоциальность	1,4± 0,3	1,5±0,2	1,4±0,2
Активность свободного времени	0,2±0,1	0,3±0,1	0,2±0,1
Сексуальные интересы	1,2±0,4	1,4±0,3	1,3±0,3
Способность чувствовать интимность и близость	1,9±0,6	2,1±0,5	2,0±0,5
Отношения с родными и коллегами	2,2±0,7	2,1±0,6	2,1±0,5
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	1,7±0,5	-	1,7±0,5
PANSS (N Scale)			
Уплощенный аффект	1,7±0,3	1,3±0,4	1,5±0,5
Эмоциональное обеднение	1,5±0,7	1,7±0,9	1,6±0,9
Снижение коммуникабельности	2,1±0,4	2,2±0,8	2,3±0,7
Пассивная-апатическая социальная изоляция (NB: снижение инициативы и побуждений к: социальной активности/ профессиональной деятельности)	0,3±0,2/ 5,4±0,5	0,3±0,4/ 5,8±0,2	0,3±0,3/ 5,6±0,3
Нарушения абстрактного мышления	2,1± 1,5	-	2,1± 1,5
Снижение спонтанности и речевой активности	1,1±0,2	1,4±0,3	1,2±0,5
Стереотипность мышления	0,8±0,5	0,4±0,7	0,6±0,6
MFI-20			
Общий балл: в период экзацербации /в период ремиссии	72,1±8,9/ 63,3±9,3	69,2±10,9/ 45,2±8,1	70,7±9,2/ 54,5±8,7

В соответствии с данными табл. 23, у пациентов с истероабулией преобладают выраженные явления анергического круга (3,9 по шкале апатии-абулии SANS), проявляющиеся преимущественно снижением способности к инициации волевого усилия, при отсутствии клинических признаков астении (54,5 балла по шкале MFI-20), а также при легкой выраженности эмоциональных расстройств (1,4 балла по шкале ангедонии-асоциальности SANS).

Таблица 24. Клинико-психометрическая структура синдрома злокачественной истерии

Синдром злокачественной истерии (Дубницкая Э.Б., 1979; Smith J.M. et al., 2014) (42 набл. – все женщины; средний возраст – 34,8±9,2 лет; длительность заболевания 14,3±7,1 лет)	
Конституциональный личностный склад (табл. 25).	Гистрионное расстройство личности [384] с включением дименсий паранойяльного (13 набл. /30 %) и пограничного (4 набл./ 9%) РЛ.
Стереотип развития заболевания	Психопатоподобная шизофрения
Патохарактерологические расстройства (табл.26)	Карикатурно искажённые гистрионные стигмы - развязность, нарочитая демонстративность, экстравагантность внешнего облика (кричащие, яркие одеяния, вульгарный макияж) и поведения (позёрство, бравада со склонностью к пошлым шуткам, эпатаж, скандальность, склонность к авантюрам); «вербализм» [106] – болтливость, высокопарные тирады со склонностью к пустой патетике, однообразные, трафаретные монологи. Явления нажитой реактивной лабильности (истеродепрессии, эксплозивные вспышки с аутоагрессией и суицидальным шантажом, ипохондрические конверсионные реакции) с уязвимостью даже к условно-патогенным воздействиям.
Эмоционально-волевая сфера	Признаки «дегуманизации личности» [63]-патологический эгоцентризм, эмоциональная дефицитарность - неспособность испытывать вину и раскаянье, мелочная обидчивость, придирчивость, жестокость и даже враждебность к окружающим. Равнодушие, холодность к близким; нарушение, в связи с потерей истинных душевных привязанностей, структуры семейных и супружеских отношений, формирование патологических «любовных аддикций» [39].

Продолжение таблицы 24

Сфера коммуникаций	Манипулятивное поведение, характеризующееся патологической прямолинейностью и утратой способности различать нюансы интерперсонльных отношений. «Сверхоткрытость» - неуместная откровенность вплоть до обнаженности. Отсутствие чувства такта и дистанции, «барьера» между дозволенным и сугубо интимным, запретным («регрессивная синтонность» [213]), «аутизм наизнанку» [417].
Сфера общей психической энергии	Утрата, в связи с хаотической активностью, «сверхпереключаемостью» с одного, еще не завершенного дела на другое, способности к целенаправленной систематической производственной деятельности. В ряду других причин профессиональной дезадаптации (трудоустройство не по специальности, потеря работы) - служебные неурядицы, обусловленные несдержанностью, повышенной возбудимостью, гневливостью, конфликтностью. Больные, не обнаруживая черт утомляемости, оказываются способны поддерживать профессиональную адаптацию в рамках выполнения простейшего «механического» труда. Однако, за счет утраты способности к инициации волевого усилия и поддержания систематической целенаправленной деятельности, а также грубых когнитивных расстройств, их трудовой маршрут нестабилен (кратковременные подработки, периодический фриланс), в связи с чем самостоятельное материальное обеспечение собственной жизнедеятельности в преобладающем числе случаев оказывается невозможным.
Когнитивные расстройства	<p><i>Интеллект.</i> Продуктивность умственной деятельности обеднена (средний показатель IQ- 80,3±9,1). Выраженность интеллектуального распада, выступающего в ряде случаев (5 набл. /12%), когда диагностика пациентов проводилась на резидуальных этапах эндогенного процесса, соответствовала феномену «снижения уровня личности» [22].</p> <p><i>Внимание.</i> Обеднение функций сосредоточения и избирательности вследствие аффективной неустойчивости мотивов и отсутствии достаточного волевого контроля психики. Непроизвольный компонент внимания, снижения не обнаруживает – функции переключаемости и объем внимания нормативны.</p>

Продолжение таблицы 24

	<p><i>Память.</i> На первый план выступают расстройства опосредованного запоминания (КОЗ в методике «Пиктограммы» - $45 \pm 7,3\%$), что связано с выраженными нарушениями мыслительных процессов. Продуктивность кратковременной памяти снижена (на фоне недостаточности функции сосредоточения - среднее запоминание по Лурия – $6,1 \pm 1,2$ стимулов). Долговременная память значимых нарушений не обнаруживает – трудности с припоминанием анамнестических сведений и периодизации жизни опосредуются включениями диссоциативной симптоматики (корреляция между показателями ретенции и шкалой DES – 0,654).</p>
	<p><i>Мышление.</i> Обеднение целенаправленности мышления (шперрунги, соскальзывания) и искажение его операционального компонента (искажение процессов обобщения с опорой на латентные признаки). Мышление амбивалентное (у 85% больных), с отчетливой склонностью к резонерству (91%) и вербализму (58%).</p>
<p>Негативные расстройства (табл. 27)</p>	<p>В качестве «осевых» выступают тяжелые эмоциональные расстройства. Абулические расстройства реализуются ослаблением способности к инициации волевого усилия, сочетающимся с явлениями редукции энергетического потенциала.</p>
<p>Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности</p>	<p>Симультанно-прогредиентный вариант перекрывания НР/РЛ</p>

Таблица 25. Показатели SCID пациентов с синдромом злокачественной истерии

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	0
Зависимое (≥ 5)	0
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	2,9 \pm 0,8
Паранойяльное (≥ 4)	4,8 \pm 0,9
Шизотипическое (≥ 5)	2,1 \pm 1,2
Шизоидное (≥ 4)	1,4 \pm 0,5
Истерическое (≥ 5)	7,4 \pm 0,7
Нарциссическое (≥ 5)	2,1 \pm 1,3
Пограничное (≥ 5)	5,4 \pm 2,5
Асоциальное (≥ 3)	2,6 \pm 0,3

Согласно данным, представленным в табл. 25-26, у пациентов с синдромом злокачественной истерии отмечаются следующие патохарактерологические особенности: 1) конституциональный склад личности соответствует гистрионному РЛ с включением дименсий паранойяльного и пограничного кругов (пик по шкале истерического РЛ, а также превышение диагностического порога по шкалам пограничного и паранойяльного РЛ); 2) присутствие черт патологической демонстративности, сочетающиеся с утратой эмоциональной синтонности; эмоциональной тупости; карикатурной театрализованности поведения; злобливости и скандальности со склонностью к асоциальному поведению (акцентуация по шкалам педантичности, эзакльтированности, возбудимости, демонстративности; деакцентуация по шкале эмотивности Опросника Черт Характера Взрослого (ОЧХ-В)).

Таблица 26. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным опросника ОЧХ-В пациентов с синдромом злокачественной истерии

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	16,9	15,7	$p \geq 0,05$
Застревание	15,5	17,4	$p \geq 0,05$
Эмотивность	14,6	5,6	$p \leq 0,01$
Педантичность	20,5	20,7	$p \geq 0,05$
Тревожность	13,8	5,9	$p \leq 0,01$
Циклотимность	20,9	22,9	$p \geq 0,05$
Демонстративность	29,3	31,7	$p \leq 0,01$
Возбудимость	16,5	30,9	$p \leq 0,01$
Дистимность	11,8	12,9	$p \geq 0,05$
Экзальтированность	17,9	20,5	$p \geq 0,05$

Таблица 27. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом злокачественной истерии

Шкалы	Злокачественная истерия
Уплотнение и ригидность аффекта	2,4±0,3
Обеднение мимики	2,6±0,3
Снижение спонтанной подвижности	1,7±0,2
Обеднение выразительности моторики	2,2±0,3
Избегание контакта взглядом	1,7±0,2
Уплотнение аффекта	3,5±0,1
Неадекватность аффекта (паратимии)	2,3±0,2
Монотонность, снижение выразительности речи	2,6±0,2
Субъективное ощущение потери эмоций	4,6±0,6
Нарушения речи	3,4±0,2
Обеднение словарного запаса	3,4±0,2
Обеднение тематики разговора	3,6±0,3
Обрывы мыслей	3,8±0,1
Ответы с задержкой	3,2±0,4
Субъективная оценка нарушений речи	3,1±0,2
Апато-абулические расстройства	2,2±0,4
Уход за собой	1,6±0,3
Снижение продуктивности в работе или учебе	3,2±0,2
Снижение физического энергетического потенциала	1,7±0,2
Субъективная оценка апато-абулических нарушений	2,3±0,8

Продолжение таблицы 27

Ангедония-асоциальность	3,8±0,3
Активность свободного времени	3,3±0,2
Сексуальные интересы	3,2±0,5
Способность чувствовать интимность и близость	4,3±0,3
Отношения с родными и коллегами	4,3±0,3
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	3,5±0,2
Внимание	4,2±0,5
Невнимательность в контакте	4,3±0,8
Невнимательность при психологическом тестировании	4,5±0,6
Субъективное восприятие снижения концентрации внимания	3,9±0,1
PANSS	
N1. Притупленный аффект	4,1±0,4
N2. Эмоциональная отгороженность	3,1±0,3
N3. Трудности в общении	4,3±0,4
N4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность	2,3±0,5
N5. Нарушение абстрактного мышления	5,1±0,4
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	2,9±0,3
N7. Стереотипное мышление	3,6±0,2
MFI-20	39,6±3,5

Структура негативных расстройств, по свидетельству табл. 27, ограничивается преобладанием эмоциональных (3,8 по SANS) и когнитивных (3,4 по шкале нарушений речи; 4,2 по шкале нарушений внимания SANS) изменений. Абулические расстройства соответствуют легкой степени выраженности (2,2 балла по SANS) и ограничены изменениями произвольной волевой регуляции без признаков анергии и нарастания астенической симптоматики (39,6 баллы по шкале MFI-20).

Таблица 28. Клинико-психометрическая структура синдрома псевдопсихастении

Синдром псевдопсихастении (Пантелеева Г.П., 1965) (25 набл.; 16-муж., 9 – жен.; средний возраст – 38,9±8,4 лет; средняя длительность заболевания 26,9± 5,3 лет).	
Конституциональный личностный склад (табл.29)	«Шизоидные невротики» [13] с присущей им интровертированностью, склонностью к фиксации на малейших негативных событиях, боязливостью.
Стереотип развития заболевания	Простая вялотекущая шизофрения.
Патохарактерологические расстройства (табл. 30)	Неуверенность в себе (утрированная робость и боязливость) со склонностью к болезненной рефлексии, сомнениям и бытовым перепроверкам. Тревожная мнительность со склонностью к реакциям отказа (протекающим с преобладанием сепарационной тревоги [15; 402]) в ситуациях повышенной психоэмоциональной нагрузки или требующих проявления инициативы; а также - к паническому реагированию при минимальных жизненных неурядицах и бытовых коллизиях.
Эмоционально-волевая сфера	Пассивность с утратой интересов и побуждений. Безынициативность - избегание обстоятельств, требующих принятия самостоятельных решений. Перекалывание на родственников урегулирования ситуаций, связанных даже с минимальной ответственностью. Потребность в советах при возникновении не только серьезных, но и минимально значимых проблем, касающихся исключительно субъективного комфорта (покупка одежды, выбор еды и т.д.).
Сфера коммуникаций	Формирование явлений астенического аутизма [159], сопряжённого с чувством отгороженности от окружающих, ощущением неловкости и напряженности в открытом социальном взаимодействии. Ограничение сферы межперсональных контактов рамками семейного круга.
Сфера общей психической энергии	Замедленность при выполнении простейших производственных операций, связанная с постоянными сомнениями и перепроверками. Выраженная утомляемость с чувством бессилия, возникающая даже при облегчённых условиях труда. Убеждённости, в связи с амплификацией идей собственной несостоятельности и малоценности, в несоответствии своих возможностей минимальным производственным требованиям, сопровождающаяся полным отказом от профессиональной деятельности.

Продолжение таблицы 28

Когнитивные расстройства	<i>Интеллект.</i> Обеднение общего уровня умственных возможностей (IQ-88,1±7,6).
	<i>Внимание.</i> На первый план выступают расстройства концентрации и избирательности. Устойчивость процесса нарушена на фоне общей психической утомляемости больных.
	<i>Память.</i> Обеднение кратковременной памяти, приоритетно обусловленное недостаточностью функции сосредоточения. Ослабление показателей ретенции. Нарушения динамики процесса по типу истощаемости.
	<i>Мышление.</i> Ригидность и тугоподвижность мыслительных процессов. Преобладают расстройства целенаправленности по типу амбивалентности (93,1%), амбитендентности (73,9%) и тангенциальности (77,6%). Высокая частота шперрунгов (88,3%), а также субъективно отмечаемого чувства «пустоты в голове» (77,1%).
Негативные расстройства (табл. 31)	Преобладание расстройств апатобулического спектра, представленных снижением психофизической выносливости с формированием явлений астенического дефицита. Эмоциональные изменения отличаются легкой степенью выраженности и характеризуются нарастанием черт аутизации со снижением потребности в установлении межперсональных контактов.
Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности	Симультанно-прогредиентный вариант перекрывания НР/РЛ

Таблица 29. Показатели SCID пациентов с синдромом псевдопсихастении

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	5,3±0,2
Зависимое (≥ 5)	3,4±1,6
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	4,5±0,9
Паранойяльное (≥ 4)	0
Шизотипическое (≥ 5)	0
Шизоидное (≥ 4)	2,8±0,6
Истерическое (≥ 5)	1,8±0,5
Нарциссическое (≥ 5)	0
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	0

Согласно данным, представленным в табл. 29-30, у пациентов с синдромом псевдопсихастении отмечаются следующие патохарактерологические особенности: 1) преморбидный склад личности, соответствующий психастеническому РЛ (пик по шкале избегающего РЛ в сочетании с превышением диагностического порога по шкале обсессивно-компульсивного РЛ); 2) патохарактерологические изменения, представленные склонностью к навязчивому самонаблюдению, утрированной мнительностью и тревожностью, склонностью к формированию избегающего поведения, выраженной нерешительностью и рефлексией (акцентуация по шкале застревания, педантичности, тревожности, эмотивности, дистимности; деакцентуация по шкале демонстративности, экзальтированности, возбудимости).

Таблица 30. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом псевдопсихастении

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	10,5	6,3	$p \leq 0,05$
Застревание	18,3	26,7	$p \leq 0,01$
Эмотивность	15,3	12,2	$p \leq 0,05$
Педантичность	11,1	13,5	$p \geq 0,05$
Тревожность	17,7	26,3	$p \leq 0,01$
Циклотимность	9,2	8,1	$p \geq 0,05$
Демонстративность	5,2	4,7	$p \geq 0,05$
Возбудимость	2,3	2,5	$p \geq 0,05$
Дистимность	14,1	16,9	$p \leq 0,05$
Экзальтированность	11,9	10,6	$p \geq 0,05$

Таблица 31. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом псевдопсихастении

Шкалы	Псевдопсихастения (n-25)
Апатия - абулия	4,1±0,3
<i>Уход за собой</i>	3,4± 1,2
<i>Снижение продуктивности в работе/учебе</i>	4,1±0,4
<i>Снижение физического энергетического потенциала</i>	4,1±0,1
<i>Субъективная оценка апато-абулических расстройств</i>	3,8±0,5
Ангедония-асоциальность	2,8±0,3
<i>Активность свободного времени</i>	3,1±0,2
<i>Сексуальные интересы</i>	3,1±0,3
<i>Способность чувствовать интимность и близость</i>	2,4±0,5
<i>Отношения с родителями и коллегами (аутизм)</i>	3,1±0,7
<i>Субъективное осознание ангедонии-асоциальности</i>	2,5±0,5
PANSS (N)	
<i>Уплощенный аффект</i>	2,2±0,4
<i>Снижение эмоциональной вовлеченности</i>	3,1±0,4
<i>Снижение коммуникабельности</i>	2,5±1.1
<i>Пассивная/апатическая социальная самоизоляция</i>	6,1±1,2
<i>Нарушения абстрактного мышления</i>	3,2±0,6
<i>Снижение спонтанности и речевой активности</i>	4,2±0,7
<i>Стереотипность мышления</i>	3,3±1,4
MFI-20	79,5±8,9

В кругу негативных изменений, по данным табл. 31, преобладают явления абулического круга (4,1 по данным SANS), проявляющиеся высокой психофизической истощаемостью, выраженной астенией (79,5 баллов по шкале MFI-20), формированием черт зависимости от значимого другого.

Таблица 32. Клинико-психометрическая структура синдрома патологического рационализма

Синдром патологического рационализма (Аккерман В.И., 1962) (25 набл.; 20-муж., 5 – жен.; средний возраст – 29,9±7,2 лет; средняя длительность заболевания 7,9± 4,5 лет).	
Конституциональный личностный склад (табл. 33)	Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.
Стереотип развития заболевания	Одноприступная шизофрения с последующей динамикой по типу «второй болезни».
Патохарактерологические расстройства (табл. 34)	Утрированные ананкастные дименсии (курьезный педантизм, гротескное следование регламентам, болезненный прагматизм - ригидная психастения [343]), исключают возможность импровизации, незапланированной деятельности, отклонения от трафаретного жизненного уклада.
Эмоционально-волевая сфера	Болезненный рационализм («rationalisme morbide» по Minkowski E. [417]), утрированная прямолинейность, утрата психической гибкости и способности к пониманию эмоциональной нюансировки. Забота о родных, утрачивая характер естественной потребности, переходит в категорию вынужденных обязательств.
Сфера коммуникаций	Аутизация с угасанием потребности и заинтересованности в отношениях с окружающими. Лишенное чувственности и теплоты, «механическое» поддержание межперсональных контактов.
Сфера общей психической энергии	Однообразная (по типу гиперстенической), монотонная производственная активность [46]. Трудовая деятельность, неизменно исполняемая в полном объеме, по единожды заведенному алгоритму, без перерывов и признаков утомляемости (в том числе – вопреки собственному соматическому и социальному благополучию).

Продолжение таблицы 32

<p>Когнитивные расстройства</p>	<p><i>Интеллект.</i> Когнитивные расстройства этих больных отличаются легкой степенью выраженности и не достигают уровня выраженного интеллектуального дефицита (IQ-102,6±7,3).</p> <p>На первый план выступают <i>расстройства динамического компонента психической деятельности</i> – ригидность мыслительных процессов, явления застревания и общее психомоторное снижение. Последнее приоритетно обуславливается заострением черт педантизма, формирующимися под воздействием обсессивно-компульсивных симптомокомплексов – патологической скупупулезности, потребности в повторном контроле, обостренной добросовестности и болезненного педантизма.</p> <p><i>Внимание.</i> Преобладают расстройства переключаемости (среднее время по т. Шульте – 50,3±7,3 сек) и избирательности (15,6±3,5 слов в пробах Мюнстерберга). Концентрация внимания клинически значимых нарушений не обнаруживает.</p> <p><i>Память.</i> Легкое обеднение кратковременной (среднее запоминание по Лурии – 7,2±1,5) и опосредованной (КОЗ – 73,4±6,5%) памяти.</p> <p><i>Мышление.</i> Негативные изменения типа обеднения уровня абстракции, снижения уровня обобщения по типу сверхконкретности с единичными ошибками по типу актуализации латентных признаков.</p>
<p>Негативные расстройства (табл. 35)</p>	<p>Профиль дефицитарных изменений больных формируется за счет соучастия <i>эмоциональных расстройств</i> феноменами ОКР (компульсии симметрии/порядка; навязчивое мудрствование по GriesingerW.[308]; явления моральной мизофобии).</p> <p><i>Абулические расстройства</i> парциальны и реализуются не в снижении, но в искажении профиля реализации волевого усилия по гиперстеническому типу.</p>
<p>Динамика траекторий негативных расстройств и расстройств личности</p>	<p>«Фазный» вариант перекрытия НР/РЛ</p>

Таблица 33. Показатели SCID пациентов с синдромом патологического рационализма

Расстройство личности	Объективизированная оценка
Избегающее (≥ 4)	2,3 \pm 1,2
Зависимое (≥ 5)	0
Обсессивно-компульсивное (≥ 4)	6,7 \pm 0,4
Паранойяльное (≥ 4)	3,2 \pm 0,2
Шизотипическое (≥ 5)	0
Шизоидное (≥ 4)	2,3 \pm 0,5
Истерическое (≥ 5)	0
Нарциссическое (≥ 5)	1,8 \pm 0,6
Пограничное (≥ 5)	0
Асоциальное (≥ 3)	0

Согласно данным, представленным в табл. 33-34, у пациентов с синдромом патологического рационализма отмечаются следующие патохарактерологические особенности: 1) преморбидный склад личности, соответствующий ананкастному РЛ (пик по шкале обсессивно-компульсивного РЛ; повышение по шкале паранойяльного РЛ); 2) патохарактерологические изменения, представленные патологической рациональностью, утрированным педантизмом и перфекционизмом, эмоциональной бедностью, болезненным прагматизмом, ригидностью мировоззрения (акцентуация по шкале педантичности, застревания, тревожности, дистимности; деакцентуация по шкалам эмотивности, демонстративности, возбудимости).

Таблица 34. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки по данным опросника ОЧХ-В пациентов с синдромом патологического рационализма

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U-критерий Манна-Уитни
Гипертимность	9,9	9,5	$p \leq 0,05$
Застревание	13,6	17,3	$p \leq 0,05$
Эмотивность	14,2	6,7	$p \leq 0,01$
Педантичность	21,4	29,9	$p \leq 0,01$
Тревожность	19,8	20,9	$p \geq 0,05$
Циклотимность	7,1	5,9	$p \geq 0,05$
Демонстративность	2,3	1,9	$p \geq 0,05$
Возбудимость	2,3	2,5	$p \geq 0,05$
Дистимность	16,1	17,2	$p \geq 0,05$
Экзальтированность	9,7	8,5	$p \geq 0,05$

Таблица 35. Показатели шкалы SANS, PANSS, MFI-20 пациентов с синдромом патологического рационализма

<i>Шкалы</i>	<i>Патологический рационализм (n-25)</i>
<i>Апатия – абулия</i>	<i>1,4±0,3</i>
<i>Уход за собой</i>	<i>2,4± 0,2</i>
<i>Снижение продуктивности в работе/учебе</i>	<i>0,9±0,3</i>
<i>Снижение физического энергетического потенциала</i>	<i>0,5±0,1</i>
<i>Субъективная оценка апато-абулических расстройств</i>	<i>1,9±0,5</i>
<i>Ангедония-асоциальность</i>	<i>3,8±0,3</i>
<i>Активность свободного времени</i>	<i>3,6± 0,6</i>

Продолжение таблицы 35

<i>Сексуальные интересы</i>	3,9±0,2
<i>Способность чувствовать интимность и близость</i>	4,1±0,1
<i>Отношения с родителями и коллегами (аутизм)</i>	3,9±0,2
<i>Субъективное осознание ангедонии-асоциальности</i>	3,4± 1,3
PANSS (N)	
<i>Уплощенный аффект</i>	4,8±0,3
<i>Снижение эмоциональной вовлеченности</i>	4,9±0,2
<i>Снижение коммуникабельности</i>	4,5±0,4
<i>Пассивная/апатическая социальная самоизоляция</i>	1,5±0,3
<i>Нарушения абстрактного мышления</i>	3,2±0,5
<i>Снижение спонтанности и речевой активности</i>	1,3±0,3
<i>Стереотипность мышления</i>	2,3±0,4
MFI-20	25,7±6,8

В кругу негативных расстройств пациентов с синдромом патологического рационализма преобладают явления эмоционального дефицита (3,8 по шкале ангедонии-асоциальности SANS). Абулические расстройства представлены искажением волевой сферы в сторону гиперстении (1,4 по шкале апатии-абулии SANS; 25,7 баллов по шкале MFI-20).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют в пользу необходимости отказа от традиционной концепции E. Kretschmer (1921), в свете которой эндогенный психоз представляет собой крайнее, «расширенное» проявление **шизоидного** темперамента пациента.

В качестве **единственно возможного** механизма формирования патохарактерологических изменений в течение болезненного процесса, согласно кречмерианской парадигме, рассматривается т.н. антиномный сдвиг психэстетической пропорции – трансформация конституционального личностного

склада за счет появления противостоящих преморбидно доминирующим чертам дименсий аффективной тупости («аффективный паралич»). По мере нарастания явлений эмоционального дефицита происходит «смещение» темперамента больных по оси «гиперэстетизм-анэстетизм»: под влиянием болезненного процесса прежде сенситивная, ранимая и тревожная шизоидная личность, постепенно утрачивая выраженность своих преморбидных черт, «тускнеет», обретает несвойственные ей ранее (полярные) черты (в частности, эмоциональной холодности, безучастности, жестокости).

В соответствии с анализом данных собственной клинической казуистики, **формирование психопатоподобных расстройств по типу антиномного сдвига** является лишь одним из трех⁷, выделенных в настоящем исследовании, вариантов траектории динамики РЛ в клиническом пространстве шизофрении (таб.10).

При этом следует сразу оговорить, что, несмотря на отказ от унитарности взглядов Kretschmer в отношении вариантов патохарактерологических изменений при эндогенной патологии, результаты собственного исследования не противоречат преобладанию психопатоподобных изменений по типу антиномного сдвига в когорте больных, чей преморбидный склад соответствует расстройствам личности кластера А (шизоидное/шизотипическое).

Заявленное утверждение подтверждается результатам статистического анализа психометрических данных: антиномная трансформация личности больных с инверсией ядерных характерологических дименсий достоверно преобладает в группе больных с шизоидной/шизотипической конституцией (синдромы дефензивной, дефицитарной и экспансивной по типу фершробен-шизоидии) над группой больных с РЛ кластеров В ($p < 0,01$) и С ($p < 0,01$). При этом патохарактерологические нарушения, выступающие в их пределах, несмотря на полиморфизм клинической картины заявленных синдромов, обнаруживают

⁷ 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

однородность ($p > 0,05$ для каждой из групп) по фактору полярной трансформации преморбидных личностных дименсий.

Так, у пациентов с *синдромом дефензивной шизоидии* отмечается инверсия сферы эмоций: ранее сдержанные, рациональные, рассудительные больные с течением шизофренического процесса обретают несвойственные им в преморбиде черты обостренной ранимости, болезненной восприимчивости к эмоциональным провокаторам и аффективной лабильности. В первую очередь это обнаруживается при сравнительной оценке в повышении показателей по шкалам эмотивности ($p < 0,01$) и циклотимичности ($p < 0,01$) ОЧХ-В.

Полярная структура психопатоподобных изменений отмечается у пациентов с *синдромом дефицитарной шизоидии*, утрачивающих в течение болезненного процесса прежние дименсии сенситивности. Конституционально дефензивные, склонные к рефлексии и самоанализу, больные этой группы утрачивают прежнюю эмоциональную восприимчивость, приобретают черты угрюмой замкнутости, безучастности, аффективной тупости (достоверное снижение показателей по шкалам эмотивности – $p < 0,01$; и циклотимности – $p < 0,01$).

Формирование *изменений типа фершробен* происходит в результате антиномного сдвига психэстетической пропорции (по Kretschmer) в сторону усиления черт стенического полюса и появлением несвойственных больным ранее дименсий круга «oddity». Последние включают разнообразные по своей глубине расстройства интерперсонального функционирования (чужаковатость, патологическая прямолинейность, утрата психологической нюансировки), когниции (повышение показателей по шкале «эксцентричность мышления» SPQ-A – $p < 0,01$), аффекта (нарастание показателей по шкале «эмоциональная эксцентричность» – $p < 0,05$), контроля поведения (повышение показателей по шкале «эксцентричность поведения» – $p < 0,01$).

Вторым вариантом траектории динамики РЛ в клиническом пространстве шизофрении является **актуализация конституционально заложенных «минус-радикалов»** (по Sjobring Н.), преобладающая в группе больных с истерической/гистрионной конституцией (синдромы истероабулии и

патологического истероинфантилизма) над группой больных с РЛ кластеров А ($p < 0,01$) и С ($p < 0,01$). «Минус-радикалы», согласно концепции Sjobring Н. – латентные, не определяющие личностный профиль, патологические преморбидные характерологические дименсии, приобретающие в случае дебюта психических расстройств, доминирующее положение в структуре клинического синдрома.

В группе больных с *синдромом истероабулии* происходит углубление заложенной в преморбиде волевой недостаточности (будучи настойчивыми в реализации собственных целей и интересов пациенты обнаруживают склонность к психогенным реакциям истерического характера в периоды, требующие от них длительного, субъективно незначимого, волевого напряжения). Так, несмотря на свои личностные особенности, до момента манифестации заболевания слабость волевой регуляции пациенток не достигала клинического уровня и не затрагивала их социально-трудовой адаптации: они успешно оканчивали среднее и получали высшее образование, имели стабильный трудовой маршрут (трудовой стаж – $6,1 \pm 2,2$ лет), продуктивно адаптировались в условиях трудовых нагрузок, достигали руководящих должностей. На фоне актуализации минус-радикала волевая недостаточность больных приобретает доминирующее положение в структуре синдрома, полностью утрачивая способность к поддержанию произвольных форм деятельности (в частности – трудовой сферы), больные обнаруживают сохранность в реализации рекреационной активности, соответствующей произвольным истерическим потребностям и не нуждающейся в инициации усилия.

Связь утраты прежнего трудового стандарта с проявлениями дефицитарных расстройств подтверждается на психометрическом уровне: (1) данными оценки негативной симптоматики, выявляющим у 100% выборки наличие волевого дефекта; (2) показателями оценки влияния болезни на профиль жизнедеятельности больных с клиническим анализом их субъективных жалоб. Эндогенно-процессуальный характер абулических расстройств подтверждается также отсутствием по миновании экзацербации субклинического аффективного снижения, имеющего влияние на волевою сферу больных (средние показатели шкалы Гамильтона – $3,7 \pm 1,9$).

Пациенты с *синдромом патологического истероинфантилизма* уже в преморбиде (показатель ретроспективной оценки с применением МДЛЗ $-46,3 \pm 5,7$) обнаруживают черты дисгармонического инфантилизма (по Сухаревой Г.Е.): грацильность телосложения, наивность и чрезмерная впечатлительность, отчетливая несамостоятельность с утрированной потребностью в опеке и поддержке со стороны семьи. Больные глубоко привязаны к родителям и в случае сепарации обнаруживают склонность к транзиторным тревожным реакциям.

Психопатоподобные изменения принимают форму *дименсиональной структуры «по-детски привязчивой личности»*, по Т. Millon, а явления психической незрелости (показатель оценки актуального статуса с применением МДЛЗ $-23,3 \pm 4,2$) достигают уровня «патологической инфантильной зависимости» (Ronald W., Fairbairn D., 1952). В домашнем обиходе пациенты избирают положение «маленьких детей», не способных без содействия родителей или опекающих супругов (обычно старше них по возрасту или отличающихся «родительским» стилем поведения) решить ни одной из жизненно важных проблем. Феномен зависимости приоритетно обнаруживается в сфере интерперсональных отношений чертами ведомости и угодливости. Пациенты послушно выполняют порученные им задания, охотно берут на себя те бытовые заботы, с которыми могут справиться, используют любую возможность, чтобы продемонстрировать преданность родными и другим опекунам, и никогда им не противоречат.

В качестве **третьего варианта** траектории динамики РЛ в клиническом пространстве шизофрении выступает **амплификация ядерных конституциональных дименсий**, приоритетно свойственная больным с ананкастным конституциональным личностным складом (*синдром патологического рационализма*) над группой больных с РЛ кластеров А ($p < 0,01$) и В ($p < 0,05$).

Основой преморбидной характерологической дименсиональной структуры пациентов с *синдромом патологического рационализма* выступают черты педантичности, упорядоченности и перфекционизма. На фоне течения

шизофренического процесса происходит патологическое болезненное заострение преморбидных ананкастических дименсий, достигающее уровня «прагматической деменции» (Claude H., 1924): больных отличает патологический рационализм, утрированная прямолинейность, гротескный перфекционизм и регламентированность. Утрачивается способность к проявлению гибкости («ригидная психастения по Janet P.), их деятельность носит стереотипный, монотонный характер и полностью исключает любую импровизацию: больные в мельчайших деталях заранее планируют свой бытовой распорядок («живут по расписанию»), строго соблюдая единожды заведенный регламент.

ГЛАВА 4. ЛОНГИТУДИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ, ФОРМИРУЮЩИХСЯ ПРИ СОУЧАСТИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ ШИЗОФРЕНИИ

Переходя к анализу траекторий РЛ, видоизменяющихся под воздействием негативных и позитивных расстройств, необходимо подчеркнуть следующие общие положения. Деформация патохарактерологических синдромов может протекать в разном темпе и принимать различные клинические формы – «конечные точки». Термином «конечные точки» в клинических исследованиях и общемедицинской практике определяется «твёрдый», не предполагающий дальнейшего прогрессивного развития, клинический исход заболевания (например, смерть или существенная патология, такая, как инфаркт миокарда или инсульт). В настоящем исследовании термин «конечные точки» используется для квалификации конечных этапов, обусловленной эндогенным процессом деформации структуры личности, как правило, совпадающих с периодом завершения активного течения шизофрении.

При этом устанавливаются общие, представленные в настоящем исследовании закономерности процессуально обусловленной динамики патохарактерологических расстройств. Различные варианты деформации РЛ, реализующейся в психопатологическом пространстве шизофрении, образуют единый замкнутый цикл: дебют с видоизменением – амплификацией конституциональных личностных структур – конечные этапы завершающиеся элиминацией проявлений конституциональных аномалий с их заменой «новой» личностью – нажитыми патохарактерологическими расстройствами.

При кросс-секционном исследовании установлено, что РЛ, попадая в психопатологическое пространство шизофрении, формируют психопатоподобные синдромы, рядоположенные конституциональным патохарактерологическим аномалиям, но разделённые под воздействием негативных расстройств (выступающих в качестве трансформеров) на две группы: психопатоподобные

расстройства с явлениями эмоционального либо апато-абулического дефицита.

Задачи лонгитудинального исследования – установление вариантов развития РЛ (выделенных на кросс-секционном этапе исследования типов психопатоподобных расстройств), а также конечных точек деформации РЛ в психопатологическом пространстве шизофрении в условиях различного течения эндогенного процесса.

Полученные в настоящем исследовании данные позволяют предположить, что обозначенные выше типы деформации патохарактерологических структур (синергизм, предполагающий амплификацию основных личностных дименсий; расщепление, означающее антиномный сдвиг с инверсией основных личностных дименсий, актуализацию латентных личностных свойств («минус-радикалы», по Н. Sjobring [483])⁸; нивелировка) не представляют последовательных этапов деформации структуры личности.

Насколько позволяет судить статистический анализ психометрических показателей нашей казуистики, рассматриваемые типы деформации РЛ (синергизм, расщепление, нивелировка) не только ранжируются по тяжести, но и дифференцируются преимущественно в зависимости от принадлежности/предпочтительной представленности в отдельных кластерах (А,В,С) характерологических дименсий.

В границах выборки больных с преморбидными характерологическим складом, соответствующим РЛ кластера А, согласно данным психометрического исследования (табл.36), достоверно преобладали варианты деформации по типу расщепления (формирующиеся на базе шизотипического расстройства личности) и нивелировки (формирующиеся на базе шизоидного расстройства личности).

Патохарактерологическая деформация по типу синергизма обнаруживалась приоритетно в когортах больных с расстройствами личности кластера В и С.

⁸«Минус-радикалы» –латентные, не определяющие личностный профиль, патологические преморбидные характерологические дименсии, приобретающие в случае дебюта психических расстройств, доминирующее положение в структуре клинического синдрома.

Таблица 36. Сравнительные показатели распространенности типов личностной деформации среди пациентов с РЛ кластеров А,В,С

Тип деформации РЛ	Распространенность среди пациентов с РЛ, соответствующими кластерам А,В,С			U-критерий Манна-Уитни
	Кластер А	Кластер В	Кластер С	
Расщепление	41% (45набл.)	7% (17набл.)	—	p (между А и В) $\leq 0,01$ p (между А и С) $\leq 0,01$
Нивелировка	23% (25набл.)	—	—	p (между А и В) $\leq 0,01$ p (между А и С) $\leq 0,01$
Синергизм (актуализация «минус-радикалов»)	10% (25набл.)	20% (53набл.)	6% (15набл.)	p (между В и А) $\leq 0,01$ P (между В и С) $\leq 0,01$
Синергизм(амплификация ядерных дименсий)	6% (15набл.)	6% (15набл.)	19% (50набл.)	p (между С и А) $\leq 0,01$ p (между С и В) $\leq 0,05$

В соответствии с полученными в рамках исследований отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств данными [142], динамика выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении РЛ в аспекте клинического анализа проблемы не представляет континуума постепенно утяжеляющихся под воздействием негативных расстройств патохарактерологических образований.

Анализ клинического материала свидетельствуетне ободнонаправленном континууме, а о наличии 3-х различных векторов перекрывания траекторий психопатоподобных расстройств (табл. 37, 38): **фазный, симультанно-прогредиентный, симультанный с участием позитивных дименсий.**

Полученные клинические данные в настоящем исследовании подтверждаются результатами проведенного статистического анализа психометрических показателей нашей казуистики, согласно которым варианты деформации РЛ не только ранжируются по тяжести, но и дифференцируются преимущественно в зависимости от принадлежности/ предпочтительной представленности в отдельных кластерах (А,В,С) характерологических дименсий. Согласно

полученным в собственных исследованиях данным, вариант деформации психопатоподобных расстройств в большей мере определяется спецификой конституционального личностного склада, нежели тяжестью шизофренического дефекта.

При «фазном» варианте перекрытие траекторий НР и РЛ совпадает с манифестацией приступа (фазный дефект R. Tandon [500] – экзацербация до того латентных негативных расстройств, манифестирующих в пределах приступа/фазы), прерывается при его обратном развитии (т.н. одноприступная шизофрения).

При симультанно-прогредиентном варианте перекрытия траекторий негативных расстройств и РЛ реализуется в рамках негативной шизофрении (простая, «бедная симптомами» шизофрения). При этом деформация характерологических аномалий симультанно нарастает по мере прогредиентного развития выступающих в качестве трансформеров РЛ негативных расстройств.

При симультанной с участием позитивных дименсий динамике – совмещённое воздействие на патохарактерологические образования со стороны основных процессуальных дименсий реализуется в рамках манифестных психотических форм шизофрении, главным образом на завершающих, с формированием резидуальных состояний, этапах эндогенного процесса. При этом деформация РЛ завершается не только полным редуцированием конституциональных свойств, но и формированием новых (нажитых) патохарактерологических образований.

Таблица 37. Сравнительные показатели шкалы SFS пациентов с различными вариантами динамикой перекрытия траекторий НР/РЛ

Сравнительные показатели шкалы социального функционирования пациентов 1,2,3 групп			
Общий балл по SFS	«Фазная» динамика	Симультанно-прогредиентная динамика	Симультанная динамика (псевдопсихопатии)
	100±9,7	85±11,7	86,2±6,5

Таблица 38. Сравнительные показатели шкалы SANS пациентов с различными вариантами динамикой перекрытия траекторий НР/РЛ

Сравнительные показатели шкалы SANS пациентов 1,2,3 групп			
	«Фазная» динамика	Симультанно-прогредиентная динамика	Симультанная динамика (псевдопсихопатии)
Апатия-абулия	2,5±0,3	3,8±0,2	4,1±0,5
Ангедония-асоциальность	2,6±0,4	3,6±0,3	3,6±0,5

1. «Фазный» вариант перекрытия траекторий НР/РЛ.

Психопатоподобные расстройства формируются в границах конституционального поля с динамикой, ограниченной диапазоном шизофренических реакций (синдромы дефензивной шизоидии, экспансивной шизоидии с изменениями типа «фершробен», эволюционирующего истероинфантилизма, истероабулии, патологического рационализма -табл. 39-44).

Объединяемые этим вариантом психопатоподобные синдромы формируются в рамках шубообразной, чаще всего одноприступной шизофрении. Формирование синдромов дефензивной шизоидии, экспансивной шизоидии с изменениями типа «фершробен» и патологического рационализма связано со «стертыми» (без психопатологических расстройств тяжёлых регистров), манифестирующими в пубертате приступами шизофрении, квалифицируемыми большинством авторов

как «надлом жизненной кривой» («Knick in der Lebenslinie» von Kahn [353]), либо как «первичный надлом» (Т.И. Юдин [199]).

В других случаях (истероабулия, истероинфантилизм) приступообразной экзацербации заболевания предшествует длительный латентный период (малопрогрессирующее, вялое течение), в клинических проявлениях которого доминируют медленно нарастающие «глухими тонами» [199] негативные изменения. Заболевание манифестирует в зрелом возрасте в форме тревожно-депрессивного приступа, дебют которого определяется картиной затяжной психогенно спровоцированной истеродепрессии. 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 (рис.1), невелика, а деформация РЛ не выходит за пределы конституциональных кластеров.

Динамика в рамках нажитой реактивной лабильности (реакций, развития в пределах структуры РЛ – Б.В. Шостакович, Н.И. Фелинская [177;194]) ограничена, при относительной стабильности негативных расстройств, рамками видоизменения уже сложившихся патохарактерологических свойств либо обусловлена генерализацией ранее латентных, не определяющих личностный профиль дименсий («минус-радикалы», по Н. Sjobring [483]).

Дефицитарные расстройства при этом варианте (табл. 11) ограничиваются легкой степенью выраженности (абулия по SANS – 2,5; эмоциональные изменения – 2,6), не сопровождаются значительными когнитивными изменениями (IQ – $82 \pm 8,9$) и грубой социально-трудовой дезадаптацией – 77% больных трудоустроены (низкоспециализированные, не соответствующие полученному профильному образованию формы занятости). 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 39. Корреляция показателей ОЧХ-В с данными шкалы SANS у пациентов с синдромом дефензивной шизоидии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS (общий балл)										
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

Таблица 40. 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 (общий балл)										
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 41. 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
Подшкалы SANS (общий балл)										
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 42. 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
Подшкалы SANS (общий балл)										
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 43. Корреляция показателей ОЧХ-В со данными шкалы SANS у пациентов с синдромом патологического рационализма

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Подшкалы SANS (общий балл)										
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

Таблица 44. Показатели шкалы SFS пациентов с фазной динамикой перекрытия траекторий НР/РЛ

Показатели шкалы социального функционирования пациентов с фазной динамикой перекрытия траекторий НР/РЛ	
Общее снижение	2,2±0,2
Интерперсональные отношения	2,04±0,2
Социальная активность	2,2±0,3
Рекреационная активность	2,4±0,1
Независимость	2,5±0,3
Трудоустройство	77% сохраняют
Общий балл	100±9,7

2.Симультанно-прогредиентный вариант перекрытия траекторий НР/РЛ. Психопатоподобные расстройства (синдромы дефицитарной шизоидии, злокачественной истерии, псевдопсихастении) характеризуются значительной деформацией врождённых личностных дименсий. РЛ частично остаются в пределах категориальных кластеров, но теряют основные, конституционально заданные свойства.

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, прогредиентном развитии заболевания. В плане идентификации с выделяющимися формами эндогенного заболевания клиническая казуистика включает негативную, «бедную

симптомами», протекающую по типу простой шизофрении, психопатоподобную (неблагоприятно протекающую) истерошизофрению, неврозоподобную шизофрению.

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

2.1. Динамика симультанно-прогрессиентного варианта перекрытия траекторий НР/РЛ в форме усложнения психопатоподобных расстройств (синдром злокачественной истерии, псевдопсихастении) реализуется (табл.45, 46):

- За счёт актуализации ранее скрытых и амплификации актуальных истерических или тревожно-ананкастных паттернов, приобретающих при явлениях злокачественной истерии характер грубых, гротескных психопатических стигм (гипертрофированная демонстративность, развязность приотсутствия такта и чувства дистанции, скандальность, манипулятивность, шантажность, эксплозивные, brutальные реакции). У тревожных личностей неуверенность в себе приобретает черты утрированной робости, боязливости и беспомощности, на первом плане – тревожные руминации с постоянным ретро- и проспективным анализом собственных действий; конституционально свойственная мнительность в отношении телесного благополучия, оборачивающаяся стойким ипохондрическим комплексом – персистирующей тревогой о здоровье с многократными медицинскими обследованиями.
- Путём образования новых, манифестирующих при явлениях нажитой реактивной лабильности [85; 135; 189] в рамках реакций и развитий симптомоподобных патохарактерологических образований («получерты/«полусимптомы») [220], близких к позитивным психопатологическим феноменам оси I по DSM-IV (ипохондрические

установки, принимающие форму конверсий, истероалгий и синестезий, мнительность, достигающая уровня сенситивных идей отношения, склонность к сомнениям в правильности совершенных действий, приобретающая формы навязчивостей повторного контроля либо помешательства сомнений).

2.2. Динамика симультанно-прогредиентного варианта перекрытия траекторий НР/РЛ в форме редуцирования конституциональных личностных свойств (синдром дефицитарной шизоидии) реализуется процессами деакцентуации личности, сопровождающимися (табл. 40):

- нарастанием выраженности абулии (по SANS– $4,1 \pm 0,2$). Пациенты утрачивают психическую активность, инициативу, теряют привычные бытовые навыки. Контакты с людьми по мере утери чувства эмпатии, непосредственности общения приобретают формальный характер. Сужается круг интересов, возможность критической оценки ситуации, исчезает способность формировать потребности, жизненные цели. На первый план выходят грубый аутизм, черты пассивности, безынициативности, ведомости, интегрирующиеся в пространство апато-абулического дефицита;
- усугублением эмоциональной недостаточности (корреляция деакцентуации личности с выраженностью ангедонии по SANS R – 0,731), сопровождающейся снижением витального тонуса (ослабление влечений, стремлений, побуждений, потребности в межперсональном, социальном взаимодействии). Редукция эмоционального резонанса, достигающая уровня аффективной тупости, расширяет спектр негативных расстройств эмоционального круга.

В группе больных с симультанно-прогредиентным вариантом динамики более тяжелые показатели обнаруживаются в сфере когнитивного дефицита. В отличие от пациентов 1 группы ($p < 0,05$) отчетливое снижение обнаруживают не только все компоненты мыслительной деятельности (логико-структурная функция, целенаправленность, способность к обобщению и категоризации), но и

мнестические (долговременная и кратковременная память) процессы, а также основные компоненты внимания (концентрация и избирательность).

Выраженность дефекта у больных симультанно-прогредиентным вариантом перекрытия траекторий НР/РЛ, в отличие от пациентов с 1 вариантом, достигает умеренной степени тяжести (абулия SANS – 3,4; эмоциональные изменения по SANS –3,6).

Несмотря на то, что общий показатель социальной дезадаптации у пациентов 2 группы достоверно выше по сравнению с больными 1 группы ($p < 0,01$), профиль социально-трудового функционирования в границах 2 разнится в зависимости от полиморфизма динамики траекторий перекрытия РЛ и НР.

Так, при динамике в форме усложнения психопатоподобных расстройств (1 подгруппа), общий уровень социального функционирования оказывается более сохранным по сравнению с динамикой по типу редуцирования конституциональных свойств (2 подгруппа), что объясняется меньшей глубиной дефицитарных симптомокомплексов (апатия-абулия SANS– 3,6 для 1 подгруппы; апатия-абулия SANS –4,1 для второй подгруппы). Больные с динамикой по типу усложнения психопатоподобных расстройств сохраняют независимость в условиях реализации повседневной бытовой активности.

Так, в рамках синдрома злокачественной истерии пациенты утрачивают способность к поддержанию прежнего трудового стандарта и систематической волевой регуляции (что находит отражение в явлениях социального дрейфа), однако не сохраняют способности без помощи родных ухаживать за собой, выполнять минимальный круг бытовых обязанностей, самостоятельно поддерживать собственную рекреационную активность.

При синдроме злокачественной истерии больные, не обнаруживая черт утомляемости, оказываются способны поддерживать профессиональную адаптацию в рамках выполнения простейшего «механического» труда. Однако за счет утраты способности к инициации волевого усилия и поддержания систематической целенаправленной деятельности, а также грубых когнитивных расстройств, их трудовой маршрут нестабилен (кратковременные подработки,

периодический фриланс), в связи с чем самостоятельное материальное обеспечение собственной жизнедеятельности в преобладающем числе случаев оказывается невозможным.

Пациенты с синдромом псевдопсихастении прибегают к помощи родственников при необходимости принятия значимых жизненных решений (смена работы, выбор вида деятельности, распределение месячного бюджета) или при выполнении интеллектуально затруднительных для них видов деятельности (оплата коммунальных платежей, банковские операции и т.д.).

Признаки социально-трудового дефицита оказываются достоверно выше в подгруппе больных с динамикой типа редуцирования конституциональных черт (2 подгруппа). На фоне выраженных негативных изменений пациенты аутизируются (SFS – 1,5), ограничивают межперсональные контакты рамками родительской семьи (SFS – 1,3), обнаруживают потребность в поддержке и советах со стороны значимых других для продуктивной реализации повседневной активности (SFS – 1,3). В отличие от пациентов 1 подгруппы эти больные группы значительно чаще утрачивают трудоспособность (лишь 5% больных трудоустроены), формируют зависимые черты и нуждаются в постоянном руководстве и опеке со стороны значимых других (табл.48).

Таблица 45. Корреляция показателей ОЧХ-В со данными шкалы SANS у пациентов с синдромом злокачественной истерии

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	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 46. 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 47. Корреляция показателей ОЧХ-В со 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

Таблица 48. Показатели шкалы SFS пациентов с фазной динамикой перекрытия траекторий НР/РЛ

Показатели шкалы социального функционирования пациентов 2 группы			
Подшкалы	Динамика в форме усложнения психопатоподобных расстройств (1 подгруппа)	Динамика в форме редуцирования конституциональных свойств (2 подгруппа)	U-критерий Манна-Уитни
Общее снижение	1,9±0,3	1,4±0,2	<0,05
Интерперсональные отношения	2,04±0,2	1,1±0,3	<0,01
Социальная активность	1,7±0,4	1,3±0,2	<0,01
Рекреационная активность	1,9±0,4	1,2±0,3	<0,05
Независимость	1,7±0,2	0,9±0,1	<0,01
Трудоустройство	37% сохраняют	5% сохраняют	<0,01
Общий балл	92±5,4	79±4,8	<0,01

3. Симультанный вариант перекрытия траекторий развития негативных/позитивных расстройств и расстройств личности.

Псевдопсихопатии (находящиеся вне поля конституциональных РЛ) с динамикой по типу постпроцессуального развития личности.

В отличие от первых двух вариантов, формирующихся в пределах непсихотической (протекающей без расстройств наиболее тяжелых психопатологических регистров – галлюцинаторно-бредовой и кататонической симптоматики) шизофрении расстройств шизофренического спектра (F21, F20.5, F20.6), псевдопсихопатические состояния реализуются при прогрессивно протекающих (непрерывное, приступообразное течение) бредовых, кататонических, истеро-диссоциативных психозах.

Если при формировании психопатоподобных синдромов при «фазном» и «симультанно-прогрессивном» варианте в качестве трансформеров, обеспечивающих деформацию РЛ, выступают только негативные расстройства, то траектория развития РЛ, завершающаяся образованием псевдопсихопатических состояний, подвергается более сложному процессуальному воздействию (пересечение траекторий негативных, позитивных расстройств и расстройств личности).

При этом функции процессов, на клиническом уровне представленных негативными и позитивными психопатологическими измерениями, различны. С одной стороны, воздействие негативных расстройств, тяжесть которых в период редукции проявлений психоза достигает максимальной степени выраженности по отношению к изменениям, формирующимся в рамках первых двух вариантов (апатия-абулия – $4,3 \pm 0,2$; ангедония-асоциальность – $4,6 \pm 0,2$; $p < 0,05$ при сравнении с выборкой 1 этапа; $p < 0,05$ при сравнении с выборкой 2 этапа – табл.14), завершается на этапе окончания психоза стойкой деформацией первичных (конституционально обусловленных) патохарактерологических структур (табл.15). С другой стороны, формируются новые психопатоподобные (по существу, представляющие на этапах завершения психоза преформированные **позитивные**

расстройства) симптомокомплексы, накладывающиеся на деформированные конституциональные структуры.

Следует оговорить, что, по данным современных исследований, в ряду псевдопсихопатических состояний по типу «новой жизни» целым рядом авторов также выделяется особый вариант дефицитарных изменений, при котором структуру синдрома определяет приоритетная выраженность преформированных, закрепляющихся по минованию психоза, позитивных (бредовых, диссоциативных и др.) симптомокомплексов при ограниченной выраженности негативных расстройств. К такому варианту псевдопсихопатий относятся состояния, концептуализируемые на современном этапе в рамках конструкта «post traumatic personality growth» (Park C.L, 1996; Mazor Y., 2016) и recovery-модели шизофрении (Warner R., 2009; Jacob K.S., 2015). Исследование этого варианта псевдопсихопатических состояний не входило в цели настоящей работы.

Таким образом, если при однонаправленном воздействии негативных расстройств видоизменение патохарактерологических образований ограничивается деформацией (различной тяжести) структуры конституциональных аномалий, то симультанная активность негативных и позитивных дименсий завершается образованием нажитого (формирующегося в соответствии с феноменом «саркофага» – перекрыванием деформированных конституциональных аномалий новыми *психопатологическими* структурами) РЛ – псевдопсихопатии. Параметры псевдопсихопатий сопоставимы со структурами модели «вторичной личности» Г.Г. де Клерамбо [254]. В соответствии с концепцией автора, «вторая» (накладывающаяся на первую, конституционально обусловленную) личность является дериватом психопатологических проявлений галлюцинаторно-бредового психоза.

Однако за рамками представленного выше анализа соотношений процессуальных и патохарактерологических деменсий, организующих пространство псевдопсихопатий, остаётся требующая значительных уточнений проблема психопатологической структуры симптомокомплексов перенесенного

психоза, определяющих клиническую картину нажитых патохарактерологических образований.

Речь идёт не об изолированных резидуальных симптомах (функциональные галлюцинации, сенестопатии, дискинезии, стереотипии и др.) и не о «постшизофренических», выделявшихся в своё время Mauz[407] состояниях, предполагающих «расщепление» – сепарацию остаточных психопатологических расстройств и существование личности в двух параллельных измерениях: виртуальной (инкапсулированный бред) – и реальной действительности (продольное разделение – *spaltungimLängeschnitt*, [115; 427]), – а о синдромально организованных психопатологических расстройствах.

Насколько позволяют судить данные доступных публикаций, квалификация определяющих клиническую картину псевдопсихопатий позитивных симптомокомплексов окончательно не установлена и требует определённых допущений, т.е. формулируется в плане гипотезы [137] о возможности существования сопоставимых психопатологических образований в дублирующих регистрах: в рамках как психотических, так и относящихся к пограничной психической патологии – постпсихотических расстройств.

Е. Kretschmer [375] был первым, кто сформулировал идею существования психопатологической структуры, дублирующей эндогенные психозы на уровне пограничной психической патологии, выступающей в форме акцентуации нормальных типов темперамента. Несколькими годами позже W. Mayer-Gross [410], сопоставляя постпсихотические состояния при ремиссиях по типу «новой жизни» со структурой предшествующего психоза, отмечает, что определяющие картину приступа психопатологические расстройства не редуцируются полностью, но персистируют в регистре невротических расстройств.

Среди исследований конца XX–начала XXI вв., также соотносящихся с проблемой дублирующих психопатологических структур [260; 495], наиболее значимыми представляются данные van Os и его коллег [510]. Авторы тестировали (с использованием когортных исследований и сложных статистических аналитических методов – когерентная кинетика, моделирование факторных смесей)

эпидемиологическую континуальную модель шизофрении, учитывающую распространённость проявлений заболевания в общей популяции. При этом было установлено, что симптомы шизофрении более распространены, чем само заболевание, т.е. континуум психопатологических феноменов непрерывен, в то время как между шизофренией и нормальной популяцией существуют произвольные границы. Установленные van Os [510] закономерности могут быть интерпретированы в плане возможности существования феноменологически сопоставимых психопатологических расстройств (бред, галлюцинации) как в рамках шизофрении, так и за пределами психоза – в общей популяции больных.

Указания на возможность существования однозначных по формальной психопатологической квалификации клинических образований как в активной фазе болезни, так и на стадии ремиссий/резидуальных расстройств, т.е. существующих в различных психопатологических регистрах, с наибольшей чёткостью представлены в трудах А.В. Снежневского [159]. При этом автор рассматривал в качестве дублирующих проявлений тяжёлых регистров аффективные (циклотимические) фазы, РЛ, а также невротические расстройства (астенические, психастенические, истерические).

В аспекте полученных в рамках проведенного исследования данных, правомерно предположить, что круг дублирующихся психопатологических синдромов, рассматривавшихся А.В. Снежневским, может быть расширен за счёт других психопатологических образований.

По свидетельству материалов настоящего исследования, к таким выступающим в двух измерениях синдромам могут быть отнесены кататонические, бредовые, диссоциативные. 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

профильных патохарактерологических структур, т.е. формируют «реминисцентную (по отношению к манифестным проявлениям психоза) конституцию» (reminiscentconstitution, 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.

1) Параноидная личность (гипопаранойяльное состояние по типу «новой жизни» Mayer-Gross [410]) формируется в рамках поздних ремиссий у пациентов с большой длительностью болезни (20–50 лет). Течение заболевания приступообразно-прогредиентное – затяжными приступами с неполными ремиссиями. В клинической картине приступов (аффективно-бредовые, кататонопаранодные и др.) преобладает бред ревности, преследования, отравления, колдовства, а также галлюцинаторные расстройства и явления психического автоматизма [149].

По мере распада бредовой системы и редукции проявлений психоза, формируется новая – гипопаранойяльная система на уровне не бредовых, а сверхценных образований. В качестве доминирующей в этих случаях выступает идея превенции – недопущения любой возможности возобновления болезни. Соответственно выстраивается система «мероприятий», имеющих целью элиминацию факторов, которые могли бы провоцировать (в соответствии с паранойяльными построениями больного) манифестацию психоза.

Сформировавшиеся в процессе перенесенного психоза негативные изменения (преимущественно эмоционального круга) достигают уровня полного отчуждения присущей конституциональному характерологическому складу сферы эмоций, что находит подтверждение в данных психометрического исследования (рис. 3).

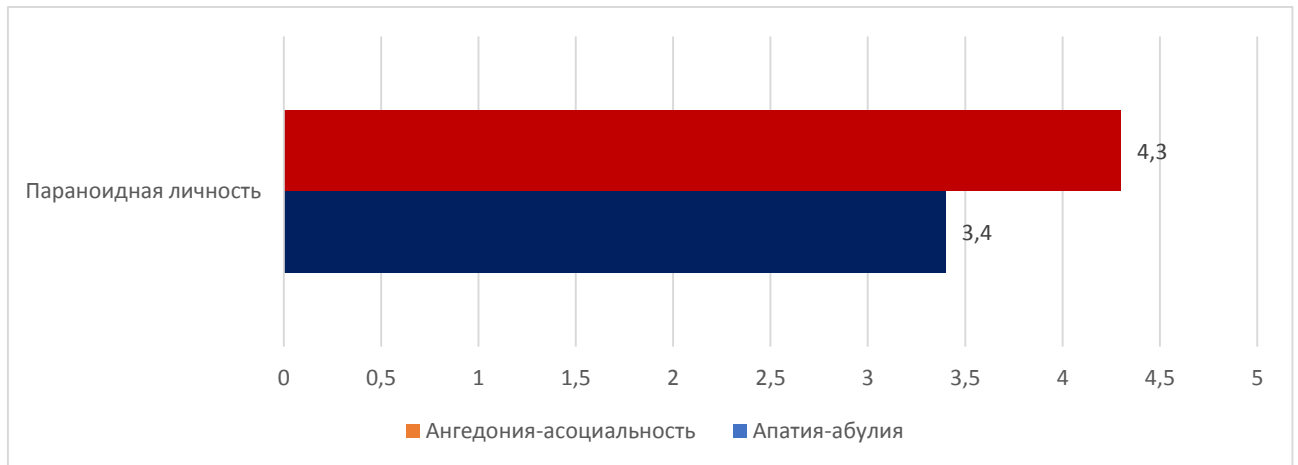


Рисунок 3. Показатели негативной симптоматики пациентов с псевдопсихопатией по типу параноидной личности по данным шкалы SANS.

Пациенты лишены каких-либо привязанностей, полностью прерывают все семейные связи, не отвечают на письма родных, равнодушны к судьбе даже собственных детей.

По свидетельству полученных данных, именно негативные, преимущественно эмоциональные, изменения способствуют формированию феномена псевдопсихопатий по типу параноидной личности. Выступая не изолированно – в виде моносимптома, но совмещаясь в клиническом пространстве «общих» синдромов с резидуальной позитивной симптоматикой и патохарактерологическими расстройствами, дефицитарные изменения способствуют видоизменению резидуального бреда гетерогенного содержания, в параноическую систему, в качестве единого денотата которой выступает основанная на явлениях эмоционального оупения враждебность к лицам из семейного окружения.

Вместе с тем, негативные расстройства, взаимодействуя в психопатопатологическом пространстве «общих» синдромов не только с резидуальной позитивной симптоматикой, но и с РЛ, способствуют как трансформации конституциональных проявлений характерологического склада, так и образованию ранее не свойственных психопатоподобных изменений,

отражающих модус взаимодействия с окружением в условиях глубокого эмоционального дефицита.

Так, по свидетельству данных проведенного психометрического исследования, у пациентов отмечается обусловленное грубым нарастанием негативных расстройств «обесцвечивание» прежней индивидуальной структуры личности (достоверное снижение выраженности патохарактерологических дименсий в показателях сравнительной ретроспективной и актуальной оценки опросника ОЧХ-В; табл.49)–утрата прежнего уровня интрапсихической активности, эмоциональной вовлеченности, обеднение спектра эмоционального реагирования, ограничение круга потребностей, целей и влечений примитивными нуждами.

Таблица 49. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки дименсиональной патохарактерологической структуры личности пациентов с псевдопсихопатией по типу паранойяльной личности на основании данных опросника ОЧХ-В.

Шкала ОЧХ-В	Ретроспективная оценка (преморбид)	Объективизированная оценка актуального статуса	U- критерий Манна-Уитни
Гипертимность	11,5	3,7	≤0,01
Застревание	10,3	29,9	≤0,01
Эмотивность	9,6	2,1	≤0,01
Педантичность	15,3	4,7	≤0,01
Тревожность	17,3	9,6	≤0,01
Циклотимность	12,2	5,4	≤0,01
Демонстративность	8,5	1,3	≤0,01
Возбудимость	12,4	14,7	≤0,05
Дистимность	12,7	26,3	≤0,01
Экзальтированность	15,4	8,6	≤0,01

На фоне общей нивелировки преморбидной личностной структуры под трансформирующим влиянием позитивных симптомокомплексов происходит

тотальная трансформация личности больных – шизоидная конституция сменяется паранойальным личностным складом.

Отмечаемые у пациентов уже в преморбиде, в рамках шизоидной конституции, черты интровертированности и аутизма под влиянием позитивных феноменов типа подозрительности и враждебности трансформируются, приобретая характер обусловленной перманентным ощущением угрозы окружающего мира чужаковатой нелюдимости.

При этом образующиеся по минованию психоза ранее несвойственные пациентам патохарактерологические дименсии фактически прототипичны редуцированным позитивным симптомокомплексам. Сохраняющаяся после перенесенного психотического эпизода бредовые феномены на пограничном уровне принимают форму сверхценных образований, что находит отражение в личностной перестройке пациентов по параноическому типу (табл.50). Больные обретают характерную склонность к формированию сверхценных идей, ригидности мировоззренческой (несоответствующей реальности) позиции фанатизма убеждений.

Таблица 50. Показатели корреляции патохарактерологических расстройств с позитивными расстройствами на основании данных опросника ОЧХ-В и шкалы PANSS

ОЧХ-В ⁹	Гип	Зас	Эмот	Пед	Трев	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Пункты PANSS (Pscale)										
Бред	КО ¹⁰	0,871	КО	КО	КО	0,876	КО	КО	0,859	КО
Галлюцинаторное поведение	КО									
Психомоторное возбуждение	КО									
Подозрительность	КО	0,786	КО	КО	КО	КО	КО	КО	0,675	КО
Враждебность	КО	0,831	КО	КО	КО	КО	КО	КО	КО	КО

⁹ Здесь и далее приведены официальные сокращения шкал Опросника Черт Характера Взрослого (ОЧХ-В): Гип- гипертимность; Зас- застревание; Эмот – эмотивность; Пед – педантичность; Трев – тревожность; Цик – циклотимность; Дем – демонстративность; Воз-возбудимость; Дист – дистимность; Экз- экзальтированность.

¹⁰ Здесь и далее приведено сокращение «КО» - «корреляция отсутствует».

Переходя к трудовой активности пациентов – в комфортных для больных производственных условиях (отсутствие потребности в активном межперсональном взаимодействии, необходимость социального функционирования) поддерживается на достаточном уровне. Больных отличает самостоятельность реализации как профессиональных, так и бытовых обязанностей. Показатели психометрической оценки (табл.51) больных с гипопаранойальным состоянием по типу «новой жизни» соответствуют клинике внутрибольничных ремиссий.

Таблица 51. Показатели опросника SFS пациентов с псевдопсихопатией по типу параноидной личности.

Подшкалы (ср. показатель)	Параноидная личность
Общее снижение	1,6±0,3
Интерперсональные отношения	0,9±0,2
Социальная активность	0,3±0,1
Рекреационная активность	1,6±0,2
Независимость	2,5±0,1
Трудоустройство	100% сохраняют в рамках внутрибольничной адаптации (работа в мастерских при психдиспансерах, интернатах и т.д.)
Общий балл	76,7±8,5

2) Кататоническая личность (дискинетопатия с явлениями монотонной активности – Д.Е. Мелехов, Н.А. Ильина, Л.Г. Измайлова [52; 57; 94]). 42 набл.: 24 – муж., 18 – жен.; средний возраст – 41,9±9,7 лет; длительность заболевания – 21,3±9,3 лет.

Стереотип развития болезни соответствует приступообразно протекающей шизофрении.

Преморбид больных соответствует профилю шизоидного РЛ. С раннего возраста пациентов отличают черты аутизма. В детстве у больных обращает на себя внимание характерный для явлений РДА обращенный в пустоту взгляд, угловатая моторика, несогласованная, стереотипизированная жестикуляция рук, однообразие бега и прыжков с опорой не на всю ступню, преобладание ходьбы на цыпочках. Пациентов отличают черты замкнутости, отчужденности, неприятия межперсональных контактов, трудности адаптации в условиях социальной активности, склонность к дезадаптации в условиях смены привычного жизненного регламента (пик по шкалам шизоидного РЛ SCID – $7,8 \pm 2,1$).

Манифестные приступы определяются кататоническими расстройствами (явления восковой гибкости, мутизм, негативизм, эхофеномены, автоматическая подчиняемость либо острое психомоторное возбуждение с дурашливостью и гримасничанием), онейроидным помрачением сознания и преходящими галлюцинаторно-параноидными симптомокомплексами [52].

Кататонические симптомокомплексы у этой группы больных обусловлены психотическим статусом, а не аффективной патологией, в связи с чем моторные расстройства закрепляются в структуре шизофренического дефекта, формирующегося по миновании психотического эпизода.

Описание подобных кататонических расстройств, манифестирующих на базе психоза, не имеющих связи с аффективной патологией, упоминаются в монографии Цыганкова Б.Д. и Овсянникова С.А. [182]. Согласно данным авторов, ступорозные расстройства, негативизм и пассивная подчиняемость в таких случаях обуславливается характерным для эндогенно-процессуальной патологии «подавлением всякого стремления» (т.е. связью негативных, в частности – волевых, и моторных расстройств), в то время как при «циркулярных» формах кататонии оно зависит от «аффективного торможения».

Синдром дискинетопатии формируется в период длительных, продолжительностью от 5 до 33 лет ремиссий (резидуальные состояния).

Клиническую картину синдрома определяют расстройства двигательной сферы, (редуцированные симптомокомплексы гипер- и гипокинезии, характерные

для манифестной кататонии), принимающие форму «кататонического поведения» («Catatonic Behavior»– F. Irani, S. Kalkstein [332]) – перманентных личностных свойств («тонический спазм личности» – Г.Е. Сухарева [171], дискинетопатия – Н.А. Ильина [57]).

В психологическом исследовании когнитивных процессов на первый план выступают явления интеллектуального дефицита ($IQ - 73,1 \pm 5,2$).

Психические процессы отличаются ригидностью. Психомоторный темп при этом неустойчив в связи с быстрой астенизацией в ответ на продолжительные умственные нагрузки.

В сфере внимания обнаруживается обеднение функции концентрации и сосредоточения, обеднение избирательности и дефицитарность способности к переключению.

Мнестическая деятельность представлена снижением показателей кратковременной памяти и обусловленными расстройствами ассоциативных процессов мышления нарушениями опосредованного запоминания.

Мышление больных отличается тугоподвижностью и торпидностью. Преобладают расстройства целенаправленности по типу шперрунгов и соскальзываний. Операциональный компонент мышления представлен как нарушениями по типу искажения процесса обобщения, так и псевдоорганическими изменениями по типу формализма и сверхконкретности.

В соответствии с данными психометрического исследования пациентов (рис. 4), в структуре дефицитарных изменений преобладают апато-абулические расстройства, редукция энергетического потенциала, пассивное уклонение от ответственности в рамках бытовой и профессиональной деятельности, безынициативность и отсутствие творческого подхода.

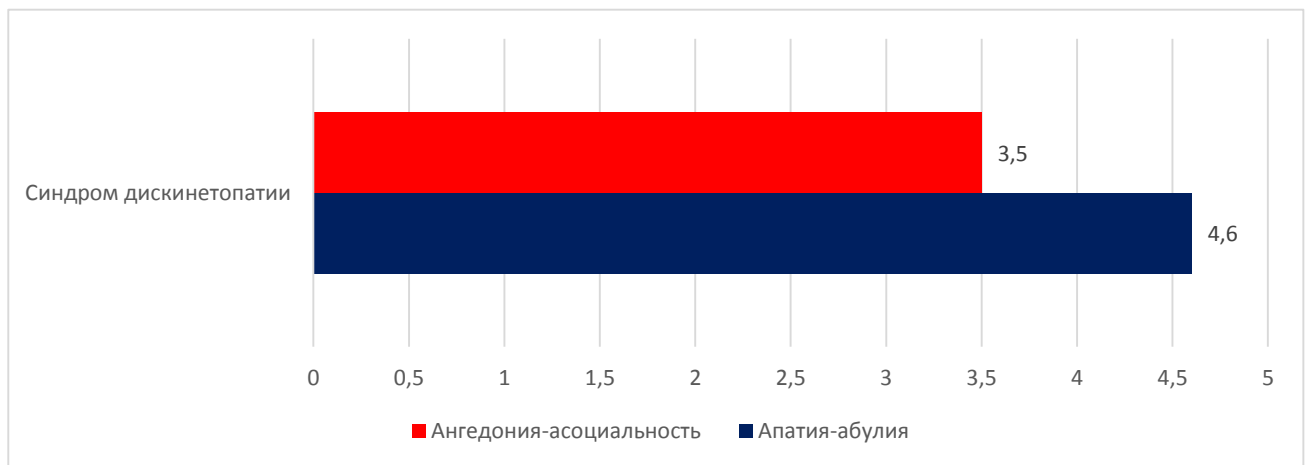


Рисунок 4. Показатели негативной симптоматики у пациентов с псевдопсихопатией по типу кататонической личности по данным шкалы SANS.

При этом у больных с синдромом дискинетопатии отсутствуют признаки тотальной астенизации (выраженная физическая истощаемость, непереносимость длительных производственных нагрузок и т.д.). Несмотря на формирование «охранительного» режима жизнедеятельности (сокращение рабочего дня, частичная занятость, соблюдение строгого режима сна и отдыха), пациенты неумолимо трудятся (избирая, в связи с интеллектуальным обеднением, варианты ручного труда), выполняя однообразный ограниченный круг обязанностей, что объясняется свойственными для больных кататонией явлениями монотонной активности.

Астенические феномены (слабость, головные боли, напряжения, снижение психофизической выносливости) в большей мере обнаруживают себя под воздействием эмоциональных нагрузок (преобладание показателей по шкале психической астении MFI-20), представленных условно-патогенными стрессорами: расширение круга профессиональных обязанностей, конфликты в коллективе, смена непосредственного руководства и т.д.

В домашнем же обиходе пациенты сохраняют достаточный уровень независимости (табл.52): самостоятельно справляются с бытовыми трудностями, поддерживают рекреационную активность (садоводство, многочасовые прогулки и др.).

Таблица 52. Показатели шкалы SFS пациентов с псевдопсихопатией по типу кататонической личности.

Подшкалы (ср. показатель)	Кататоническая личность
Общее снижение	1,9±0,4
Интерперсональные отношения	1,2±0,3
Социальная активность	1,2±0,4
Рекреационная активность	2,3±0,2
Независимость	2,5±0,1
Трудоустройство	100% сохраняют (с переходом к менее квалифицированным формам труда)
Общий балл	92,4±4,6

На фоне нарастающих эмоциональных изменений ($3,5\pm 0,2$) больные становятся все более замкнутыми, предпочитают вести близкий к отшельническому образ жизни, родственные связи поддерживают формально и полностью утрачивают потребность в установлении близких межперсональных привязанностей.

Патохарактерологическая деформация с формированием кататонической личности также, как и при остальных вариантах псевдопсихопатий, происходит под воздействием сохраняющихся по минованию перенесенного психотического эпизода, позитивных расстройств (в данном случае – моторных).

При нивелировке дименсий конституционального личностного склада отмечается формирование черт психической монотонности, психомоторной заторможенности, патологической скрупулезности, фиксации на малозначимых аспектах реализуемой деятельности, склонности к созданию стереотипных, не соответствующих требованию окружающих реалий, жизненных регламентов (табл.53).

Таблица 53. Показатели корреляционного анализа патохарактерологических расстройств с кататонической симптоматики на основании данных опросника ОЧХ-В и шкалы BFCRS.

ОЧХ-В	Гип	Зас	Эмот	Пед	Тревл	Цик	Дем	Воз	Дист	Экз
Пункты BFCRS										
Стереотипии	КО	КО	КО	0,683	КО	КО	КО	КО	КО	КО
Ступор	КО									
Возбуждение	КО									
Маннеризм	КО									
Ригидность	КО	КО	КО	0,756	КО	КО	КО	КО	КО	КО
Восковая гибкость	КО									
Мутизм	КО									
Каталепсия	КО									
Негативизм	КО									

3) Пуэрильная личность (синдром «выученной беспомощности», Selinger) (20 набл.: все женщины; средний возраст – 35,4±12,0 лет).

Формирование псевдопсихопатии по типу пуэрильной личности реализуется в **рамках приступообразной шизофрении**.

Преморбид пациенток определяется характерологическим профилем «диссоциативной истерии» [Widlöcher D., 1995], «диссоциативной личности» [252; 412], сопряженным с дименсиями гистрионного РЛ.

В качестве отличительных черт психического склада обследуемых, обнаруживающих себя задолго до манифестации заболевания, выступает нестабильность сферы самосознания «Я»: образные представления и воспоминания, феномены *déjà vu* и *jamaisvu*, «грезы наяву», «выходы» из собственного тела, ощущение присутствия, реакции «оцепенения», – сочетающаяся со склонностью к «патологической аффектации» [490].

Манифест заболевания приходится на зрелый возраст (29,6±6,1 лет) и определяется картиной стресс-индуцированного истеро-диссоциативного психоза

[146; 347; 424] в ответ на тяжелую, индивидуально значимую ситуацию по типу «ударов судьбы».

Психопатологическая симптоматика в период приступов определяется явлениями псевдодеменции [146; 322; 424; 509] и грубыми расстройствами самосознания, достигающими в этот период уровня detachment-диссоциации [323]. На высоте психотического состояния происходит тотальное отчуждение сознания собственной личности, сопровождающееся признаками грубого психического регресса («альтерация сознания зрелой личности сознанием ребенка» [18]), симптомокомплекс диссоциативных расстройств усложняется за счёт явлений пуэрилизма.

Подобный стереотип развития заболевания во многом перекликается с клиникой описанных Н.И. Фелинской [177] и К.Л. Иммерман [60] «трансформирующихся затяжных реактивных психозов», клиническая картина которых определяется сохраняющимися по мере редукции психотического эпизода изолированными моносимптомами, остающимися зафиксированными в структуре психики больных.

Дименсиональный склад пуэрильной личности определяется рамками новоприобретенных патохарактерологических свойств (альтерация сознания зрелой личности сознанием ребенка [18], сформировавшихся в процессе затяжного психотического эпизода с персистирующими явлениями пуэрилизма и псевдодеменции (рис.5., табл.54).

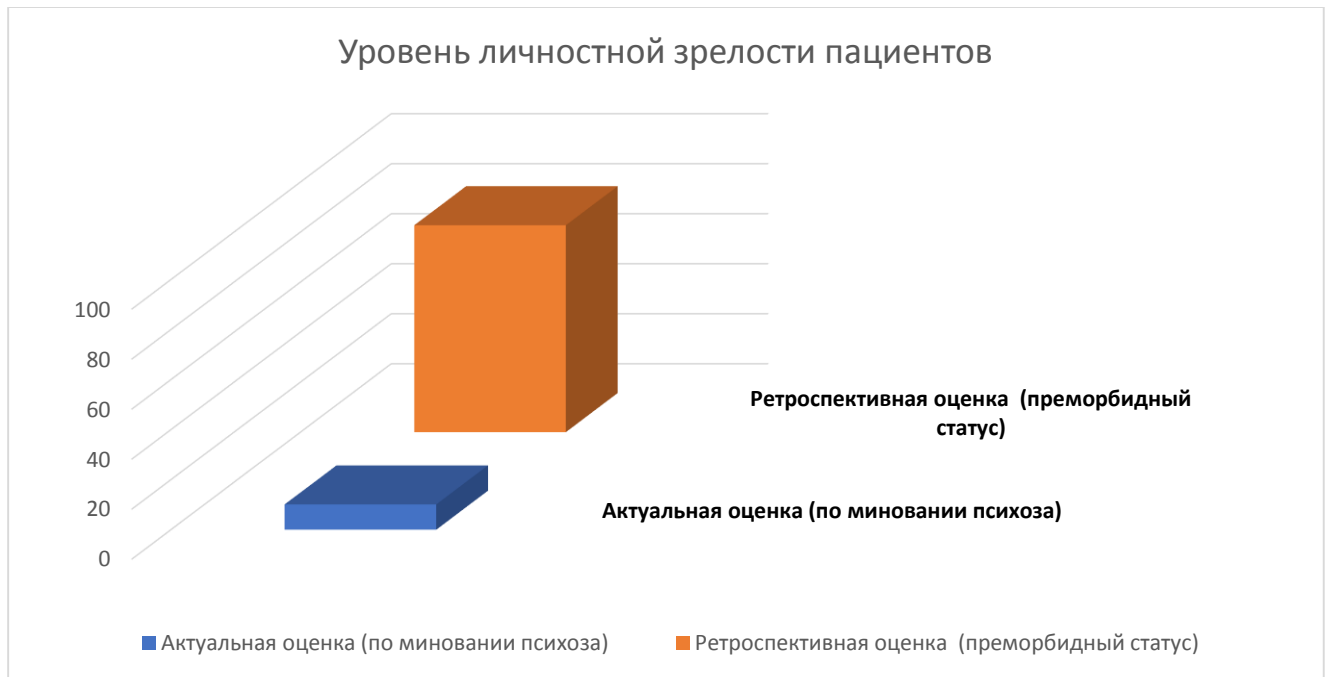


Рисунок 5. Сравнительные показатели ретроспективной и актуальной оценки с применением методики диагностики личностной зрелости.

Таблица 54. Показатели корреляционного анализа патохарактерологических расстройств в структуре псевдопсихопатии по типу пуэрильной личности с диссоциативной симптоматикой и негативными расстройствами на основании данных опросников ОЧХ-В, «Уровень выраженности инфантилизма» (УВИ) и шкалы SANS.

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

При интерперсональных контактах больные производят впечатление личностей, мыслящих примитивно и поверхностно, утративших прежний багаж накопленных знаний – «впавших в детство». Их внешний вид принимает формы утрированной «ребячливости»: платья, соответствующие по фасону детским сарафанам, босоножки и аксессуары с атрибутикой животных. Мимика становится вычурной с признаками гримасничания (надувают губы, «вскидывают» брови,

«умильничают»). Речь обретает детскую интонаровку (шепелявят, не выговаривают отдельные буквы). Не соответствуют реальному возрасту и вновь приобретенные хобби (шитье одежды для кукол, коллекционирование детских игрушек, просмотр видеозаписей с собой в детском возрасте).

Закрепление по минованию приступа и последующая модификация пуэрильной симптоматики происходит на базе отчётливо выступающих по мере редукции манифестного психотического эпизода негативных изменений, в структуре которых превалируют анэргические (апатия-абулия $SANS-4,2\pm 0,3$) и примыкающие к ним астенические ($MFI-20-82,4\pm 6,2$) расстройства, представленные грубой психофизической истощаемостью (рис. 6).

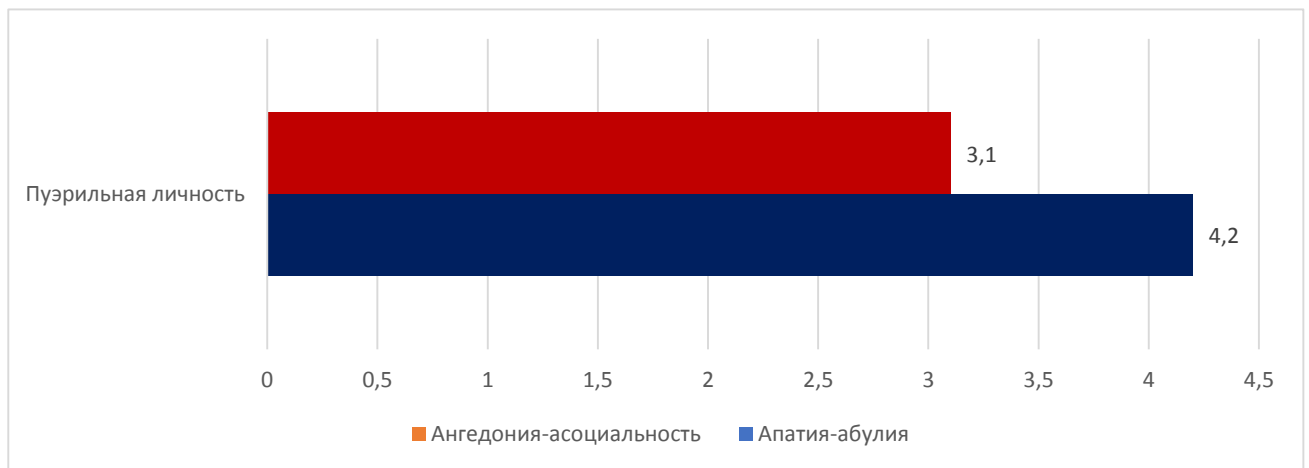


Рисунок 6. Показатели негативной симптоматики в границах синдрома дискинетопатии по данным шкалы SANS.

Тяжесть сформировавшихся негативных изменений подтверждается полной утратой больными прежнего уровня социально-трудового функционирования: на момент обследования все 100% выборки полностью утратили трудоспособность, у 8 пациентов имеется инвалидность II группы по психическому заболеванию.

При этом, несмотря на значительное после перенесенного приступа болезни снижение трудовой активности, у этих лиц сохраняются возможности ухода за собой и за детьми, способность выполнять необходимые обязанности по ведению хозяйства (оплачивать счета, совершать необходимые покупки, самостоятельно считать сдачу в магазине и т.д.) и поддержанию порядка в доме. Однако при

возникновении более сложных бытовых ситуаций, требующих принятия самостоятельных решений, а также дополнительных усилий для преодоления возникших жизненных трудностей, пациенты обнаруживают склонность к диссоциативным реакциям с демонстрацией полной несостоятельности: начинают «путаться», по-детски плачут, умоляют родных «спасти» от перегрузки, уверяют в полном отсутствии сил.

Такие формы реагирования в ответ на минимальные повседневные трудности свидетельствуют не столько о тотальном, но преимущественно о преходящем характере астенических нарушений, сопряженных не только с апато-абулическими, но и с диссоциативными расстройствами (МДЗЛ – $10,1 \pm 2,5$; корреляция показателей шкалы SANSc данными шкалы DES – $k=0.83$).

Складывающаяся при этом структура внутрисемейных отношений, по существу, полярна феномену «зависимости» от значимых других, формирующемуся при явлениях инфантилизма (табл.55). Если у носителей черт инфантилизма патологическая фиксация на структуре межличностных отношений при наличии идей малоценности и страха сепарации принимает форму обостренного осознания своей зависимости от опекунов, то у больных с явлениями пуэрилизма при явлениях снижения активности и потребности в посторонней помощи вместо феномена «зависимости» от окружающих выступает синдром «выученной беспомощности» по Selinger (табл.56) – убежденность в необходимости контроля и защиты со стороны окружающих, сопровождающаяся манипулятивным поведением, означающим полный перенос ответственности за своё благополучие на опекающих лиц (родных и близких).

Таблица 55. Сравнительные данные психометрических шкал SANS, PANSS, MFI-20, DES при синдромах патологического истероинфантилизма и пуэрильной личности.

Шкалы	Патологический истероинфантилизм	Пуэрильная личность	U-критерий Манна-Уитни
SANS			
Уплощение и ригидность аффекта	1,08±0,3	2,04±0,3	≥0,01
Обеднение мимики	1,3±0,4	2,8±0,4	≥0,01
Снижение спонтанной подвижности	1,1±0,5	3,4±0,3	≥0,01
Обеднение выразительности моторики	1,3±0,2	1,7±0,2	≥0,05
Избегание контакта взглядом	1,2±0,6	1,6±0,4	≥0,05
Уплощение аффекта	1,2±0,4	3,3±0,5	≥0,01
Монотонность, снижение выразительности речи	1,5±0,2	1,5±0,3	отсутствует
Субъективное ощущение потери эмоций	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Нарушения речи	3,0±0,4	4,1±0,2	≥0,01
Обеднение словарного запаса	3,1±0,6	4,3±0,3	≥0,01
Обеднение тематики разговора	2,9±0,7	4,1±0,1	≥0,01
Обрывы мыслей	3,1±0,3	4,5±0,3	≥0,01
Ответы с задержкой	3,2±0,1	3,5±0,2	-
Субъективная оценка нарушений речи	2,7±0,5	4,2±0,3	≥0,01
Апато-абулические расстройства	2,9±0,4	4,2±0,3	≥0,01
Уход за собой	1,8±0,3	3,7±0,4	≥0,01
Снижение продуктивности в работе или учебе	3,5±0,2	4,7±0,3	≥0,01
Снижение физического энергетического потенциала	2,5±0,4	4,1±0,1	≥0,01
Субъективная оценка апато-абулических нарушений	3,9±0,8	4,4±0,3	≥0,05
Ангедония-асоциальность	0,9±0,3	3,0±0,4	≥0,01
Активность свободного времени	2,1±0,2	4,3±0,2	≥0,01
Сексуальные интересы	1,4±0,5	3,4±0,3	≥0,01
Способность чувствовать интимность и близость	отсутствует	2,4±0,5	отсутствует
Отношения с родными и коллегами	отсутствует	2,8±0,4	отсутствует
Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	1,3±0,2	1,9±0,6	отсутствует

Продолжение таблицы 55

Внимание	3,2±0,5	4,4±0,3	≥0,01
Невнимательность в контакте	3,2±0,8	4,5±0,3	≥0,01
Невнимательность при психологическом тестировании	3,4±0,6	4,5±0,4	≥0,01
Субъективное восприятие снижения концентрации внимания	3,1±0,1	4,1±0,2	≥0,01
PANSS			
N1. Притупленный аффект	2,4±0,4	2,9±0,3	отсутствует
N2. Эмоциональная отгороженность	3,6±0,3	3,8±0,4	отсутствует
N3. Трудности в общении	2,3±0,3	2,9±0,1	≥0,05
N4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность	6,6±0,7	7,6±0,5	≥0,01
N5. Нарушение абстрактного мышления	5,1±0,5	7,7±0,5	≥0,01
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	2,9±0,3	5,1±0,4	≥0,01
N7. Стереотипное мышление	4,6±0,3	5,3±0,3	≥0,05
DES (общий показатель)	0,15±0,05	0,73±0,9	≥0,01
MFI-20	65,4±10,2	82,4±6,2	≥0,01

Таблица 56. Показатель шкалы SFS пациентов с предрепродухопатией по типу пуэрильной личности.

Подшкалы (ср. показатель)	Пуэрильная личность
Общее снижение	1,8±0,2
Интерперсональные отношения	1,8±0,2
Социальная активность	1,7±0,3
Рекреационная активность	2,5±0,4
Независимость	1,3±0,4
Трудоустройство	100% безработные
Общий балл	85,2±6,2

Значительный вклад диссоциативной симптоматики в структуру не только негативных, но и когнитивных расстройств (R между показателями проб Лурии и

шкалы DES– $0,73\pm 0,9$) подтверждается расхождением показателей объективной психометрической оценки и субъективно предъявляемых жалоб пациентов.

Когнитивные расстройства, по данным психологического исследования, объективно не достигают уровня грубого умственного дефекта (средний показатель IQ по методике Векслера– $86,2\pm 7,5$).

В сфере внимания обнаруживаются умеренные нарушения концентрации и избирательности. Переключаемость сохраняется в границах низкой нормы.

Продуктивность кратковременной памяти ослаблена на фоне недостаточности функции сосредоточения. При этом долговременная память в эксперименте нарушений не обнаруживает, что указывает на ведущую роль диссоциативных расстройств в отмечаемых при сборе анамнеза с больными трудностями припоминания биографических данных и установления хронологии собственной жизни.

В сфере мышления отмечаются выраженные расстройства операционального компонента по типу искажения процессов обобщения. Имеют место нарушения целенаправленности – явления резонерства, тангенциальность и амбивалетность суждений.

При этом демонстрируемые симптомы дезорганизации умственной деятельности (возникающие при необходимости любой интеллектуальной нагрузки жалобы на ощущение «рассеянности внутри головы», «чувство вакуума в мыслях», «пустоты черепной коробки») превышают объективно устанавливаемый уровень когнитивного снижения.

Необходимо подчеркнуть, что круг псевдопсихопатических состояний не ограничивается приведенными выше тремя вариантами РЛ. Судя по данным доступных публикаций и результатам собственного проведенного исследования, спектр нажитых патохарактерологических образований значительно шире. Псевдопсихопатические состояния формируются при разной выраженности дефицитарных расстройств и, соответственно, наблюдаются не только в пределах внутрибольничных ремиссий и в составе контингента трудовых мастерских, но и среди лиц с постпсихотическими резидуальными состояниями,

функционирующими в экстрамуральных условиях и обнаруживающих значительно более высокие уровни социальной адаптации.

Завершая характеристику динамики РЛ при трех вариантах перекрытия траекторий развития негативных расстройств и расстройств личности, необходимо остановиться на соотношении динамики развития псевдопсихопатий и процессуальных дименсий (позитивных/негативных расстройств) в постпсихотическом пространстве шизофрении.

Согласно данным проведенного исследования, траектория развития личности, завершающаяся формированием псевдопсихопатий связана с полной остановкой процесса. В этих случаях псевдопсихопатии выступают в качестве признака становления резидуального состояния, исключающего возврат *adintegrum* [311]. При этом следует учитывать известный факт, что даже очень продолжительная ремиссия не является показателем окончательной остановки процесса, поскольку может быть прервана очередным приступом заболевания [221; 526].

В обоснование такой позиции (т.е. интерпретации псевдопсихопатий как показателя остановки процесса) в ряде исследований приводятся данные о большой длительности персистирования псевдопсихопатических состояний при отсутствии даже транзиторных признаков обострения заболевания (не характерны тенденции кэкзацербации симптоматики, формированию новых психопатологических расстройств, к дальнейшему углублению изменений личности).

Поэтому для квалификации псевдопсихопатий как показателя остановки процесса, помимо статистических (длительность постпсихотического состояния), могут быть привлечены и полученные выше клинико-психометрические данные, относящиеся к психопатологической характеристике нажитых патохарактерологических расстройств.

Псевдопсихопатии относятся к клиническим образованиям, дублирующим в синдромально завершённом виде, но на уровне пограничной психической патологии, манифестные проявления психоза.

Собственные результаты, а также анализ данных ряда публикаций, позволяет предположить, что формирование таких дублирующих структур отражает противоположные прогрессивному развитию закономерности динамики–тенденцию к затуханию течения заболевания. Образование «новой постпсихотической личности» на фоне текущего процесса неосуществимо. В этих случаях возможна лишь деформация и редуцирование конституционально свойственных личностных аномалий.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что траектория личностной деформации в психопатологическом пространстве шизофрении представляет собой замкнутый на патохарактерологических структурах цикл развития заболевания: дебют с видоизменением/амплификацией конституциональных личностных структур – конечные этапы процесса с формированием психопатоподобных расстройств по типу образования «новой» личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Материал исследования составила выборка больных (всего 295 набл.), проходивших лечение в Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение «Научный центр психического здоровья» с диагнозами шизофрении и расстройств шизофренического спектра (РШС), установленными в соответствии с критериями МКБ-10 (F20, F21).

В выборку включены клинические наблюдения, квалифицированные в международных диагностических руководствах в рамках заболеваний эндогенной группы, протекающих по типу: (1) простой (бедной симптомами) шизофрении (F20.6 по МКБ-10; Наджаров Р.А., 1972; Klosterkotter J., 1983); (2) истерошизофрении (F21.4 по МКБ-10; Дубницкая Э.Б., 1979, Жилин В.О., 2021) с представленностью психопатоподобных расстройств, сопоставимых с различными вариантами истерического /гистрионного РЛ; (3) неврозоподобной шизофрении (F21.3 по МКБ-10; P. Hoch, H.M. Palatin, 1949); (4) параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10); (5) кататонической шизофренией (F20.2 по МКБ-10).

Психопатологическая оценка психического статуса больных с последующей верификацией установленного клинического диагноза проводилась в рамках клинических разборов с участием сотрудников отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В качестве основного метода исследования был избран психометрический. Для решения поставленных в настоящем исследовании задач были специально разработаны алгоритмы кросс-секционной и лонгитудинальной психометрической оценки формирующихся под влиянием дефицитарных

симптомокомплексов патохарактерологических расстройств, выступающих в клиническом пространстве шизофрении.

Развернутое патопсихологические и психометрическое исследование включало в себя оценку:

1. *Общего профиля психических процессов* на базе стандартизированного патопсихологического обследования (корректирующая проба, «10 слов», «Пиктограммы», «Классификация», «Сравнение понятий»);
2. *Уровня общей умственной продуктивности* больных с применением методики Wechsler Adult Intelligence Scale, 4-е издание (WAIS-IV; Wechsler D., 1955; Pearson, 2008);
3. *Структуры негативной симптоматики с применением шкал:*
 - a. Premorbid Adjustment Scale (PAS) – клиническая шкала для оценки общего уровня и структуры преморбидного социального, трудового и учебного функционирования пациентов в преморбиде (NIMH, 1985);
 - b. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативных психопатологических симптомов (Andreasen N., 1984);
 - c. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – клиническая рейтинговая шкала типологической многомерной оценки негативной симптоматики первого поколения (Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987);
 - d. Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) – клиническая рейтинговая шкала оценки негативной симптоматики второго поколения (Blanchard et al., 2011);
 - e. Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) – клиническая пропорциональная шкала для оценки астенической симптоматики (Smets E.M. 1996);
4. *Общего профиля личности:*
 - a. Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-II) – структурированное клиническое интервью для оценки профиля расстройств личности, разработанное для DSM-IV;

- b. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В) – порядкового типа психометрическая методика оценки индивидуально-личностного профиля больных (Русалов В.М., Манолова О.Н., 1997);
- c. Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-A) – клинический опросник оценки выраженности шизотипических черт личности (Raine A., 1991);
- d. Symptom CheckList-90-Revised (SCL-90) – психометрическая скриннинговая методика оценки актуальной невротической психопатологической симптоматики пациента (Derogatis L. et al., 1971);
- 5. *Обсессивно-компульсивной симптоматики* с применением шкалы Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; W. Goodman., 1989);
- 6. *Дименсий личностной незрелости:*
 - a. «Методика оценки личностной зрелости» (МОЛЗ, Руженков В.А., 2016);
 - b. Опросник «Уровень выраженности инфантилизма» (УВИ, Серегина А. А., 2004);
- 7. *Выраженности диссоциативной симптоматики* с применением шкалы Dissociative Experience Scale (DES; Carlson E.B., Putnam F.W., 1993);
- 8. *Профиля отношения к болезни:*
 - a. Medical Outcomes Study-Short Form (MOSSF-36) – опросник для оценки качества жизни пациента, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья;
 - b. Методика «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

Дизайн исследования предполагал этапность процедуры психометрической диагностики:

1. Ретроспективная оценка преморбидного патохарактерологического склада больных (профиль расстройств личности, характеристика эмоционально-волевой сферы и др.);

2. Актуальная оценка психического статуса больных (выраженность негативной симптоматики, структура сопутствующих патохарактерологических изменений) на момент поступления;

3. Динамическая оценка психического статуса больных по миновании экзацербации на момент выписки;

Для верификации ретроспективной оценки больных диагностический блок личностных методик (SCID-II, ОЧХ-В, SPQ-A, SCL-90) предъявлялся как для субъективного (пациента), так и для объективного (а) одним из родителей; б) реитером на основании данных анамнестических сведений) заполнения с инструкцией о необходимости оценки преморбидных личностных характеристик больного. На следующем этапе проводился подсчет баллов с последующим статистическим анализом корреляции значимости отличий между средними показателями субъективной и объективной оценки для каждой из подшкал опросников на базе расчета коэффициента корреляции Спирмена. На основании подшкал, не обнаруживающих значимости различий ($p \geq 0,05$), составлялся унифицированный многомерный профиль преморбидного патохарактерологического склада больных.

Динамическая диагностика выраженности негативных расстройств (SANS, PANSS, CAINS, MFI-20) и явлений психического инфантилизма (МОЛЗ, УВИ) также проводилась с применением описанной выше процедуры верификации

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 $p < 0,05$.

Результаты исследования.

В настоящем исследовании, в соответствии заранее установленной принципиальной позицией, расстройства личности (РЛ), выступающие в клиническом пространстве шизофрении, рассматриваются в качестве третьего (наряду с негативными и позитивными расстройствами) самостоятельного домена.

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

В качестве первостепенной задачи исследования выступает установление связи формирующихся в клиническом пространстве эндогенного заболевания психопатоподобных расстройств (релевантных РЛ кластеров А, В, С) с основными формами шизофренического дефицита (эмоциональный/ апато-абулический тип дефекта).

В ходе решения поставленной задачи был проведен статистический анализ данных клинико-психометрического исследования выборки больных, на базе которого оказались выделены 8 психопатоподобных синдромов, прототипических РЛ кластеров А, В, С.

При сравнении психометрических показателей внутри каждого из синдромов обнаружилась статистически достоверная однородность (диапазон $p \geq 0,05-0,01$) по факторам: общей клинической картины шизофренического дефекта; профиля основных доменов негативной симптоматики; профиля дименсиональной структуры сформировавшихся патохарактерологических симптомокомплексов.

При ранжировании выделенных психопатоподобных синдромов по принципу связи с ведущим доменом негативных расстройств выявляется их группирование в соответствии с доминированием в клинической картине изменений апато-абулического (дефензивный полюс) либо эмоционального (экспансивный полюс) дефицита.

Психопатоподобные синдромы, относящиеся к разным кластерам РЛ, по признаку аффилиции к определённому домену негативных расстройств (синдромы дефензивного/экспансивного полюса), могут быть объединены в единую группу.

При этом психопатоподобные синдромы, релевантные определённому кластеру РЛ (А, В, С), также распределяются в пределах двух полярных подгрупп по признаку аффиляции к тому или иному домену негативных расстройств.

К числу психопатоподобных синдромов, формирующихся при воздействии апато-абулических расстройств, отнесены к кластерам А – С соответственно: 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 рационализма [1].

Правомерность подобной дихотомической дифференциации подтверждается при статистическом анализе достоверным ($p < 0,01$) преобладанием средних 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) в группе пациентов, отнесенных к психопатоподобным синдромам дефензивного полюса, и полярной структурой дефекта синдромов экспансивного полюса (преобладание показателей подшкалы ангедонии-асоциальности – $3,5 \pm 0,3$ над показателями подшкалы апатии-абулии – $2,6 \pm 0,2$).

При этом, по данным психометрического исследования, единая для всех синдромов дефензивного полюса дименсиональная психопатологическая структура определяется:

1. Патологической амплификацией дименсий преморбидной личности больного с нарастанием черт пассивности, ведомости и нерешительности, обостренной рефлексией, появлением черт патологической неуверенности в себе и 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; отсутствие близких друзей по SPQ-A – $5,6 \pm 0,4$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS – $3,2 \pm 0,2$ балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A – $6,2 \pm 1,3$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS – $5,2 \pm 0,4$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R – $1,5 \pm 0,3$ балла);

3. Низкой степенью выраженности эмоциональных расстройств, отражающих в первую очередь связанное с абулическими изменениями обеднение общего уровня социальной активности, склонность к формированию сенситивных 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).

Единая для всех синдромов экспансивного полюса дименсиональная психопатологическая структура определяется:

1. Видоизменением преморбидного личностного профиля больных 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 — $5,7 \pm 1,8$; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) — $0,9 \pm 0,2$; межперсональная тревожность — SCL-90 — $0,2 \pm 0,5$; 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).

Лонгитудинальное исследование вариантов патохарактерологической деформации, формирующихся при соучастии дефицитарных расстройств в клиническом пространстве шизофрении.

В соответствии с полученными в рамках исследований отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств данными [142], динамика выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении РЛ в аспекте клинического анализа проблемы не представляет континуума постепенно утяжеляющихся под воздействием негативных расстройств патохарактерологических образований.

Анализ клинического материала свидетельствует не об однонаправленном континууме, а о наличии 3-х различных векторов развития траекторий психопатоподобных расстройств: **фазного, симультанно-прогредиентного, симультанного с участием позитивных дименсий.**

Полученные клинические данные в настоящем исследовании подтверждаются результатами проведенного статистического анализа психометрических показателей нашей казуистики, согласно которым варианты деформации РЛ не только ранжируются по тяжести, но и дифференцируются преимущественно в зависимости от принадлежности/ предпочтительной представленности в отдельных кластерах (А,В,С) характерологических дименсий¹¹.

При «**фазном**» варианте перекрывание траекторий НР и РЛ психопатоподобные расстройства формируются в границах конституционального

¹¹Согласно полученным в собственных исследованиях данным, вариант деформации психопатоподобных расстройств в большей мере определяется спецификой конституционального личностного склада, нежели тяжестью шизофренического дефекта.

поля с динамикой, ограниченной диапазоном шизофренических реакций (синдромы дефензивной шизоидии, экспансивной шизоидии с изменениями типа «фершробен», эволюционирующего истероинфантилизма, истероабулии, патологического рационализма).

Дефицитарные расстройства при этом варианте ограничиваются легкой степенью выраженности (абулия по SANS – 2,5; эмоциональные изменения – 2,6), не сопровождаются значительными когнитивными изменениями (IQ – $82 \pm 8,9$) и грубой социально-трудовой дезадаптацией: 77% больных трудоустроены (низкоспециализированные, не соответствующие полученному профильному образованию формы занятости). 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.

При **симультанно-прогредиентном** варианте перекрывание траекторий негативных расстройств и РЛ обнаруживает однонаправленное параллельное развитие. Прогредиентному нарастанию негативных расстройств соответствует динамика РЛ, обнаруживающая уже на начальных этапах формирования психопатоподобных синдромов аффиляцию к основным процессуальным (негативным) симптомокомплексам.

Выраженность дефекта у больных симультанно-прогредиентным вариантом перекрывания траекторий НР/РЛ, в отличие от пациентов с 1 вариантом, достигает умеренной степени тяжести (абулия SANS – 3,4; эмоциональные изменения по SANS – 3,6).

Более тяжелые показатели обнаруживаются также в сфере когнитивного дефицита. В отличие от пациентов 1 группы ($p < 0,05$), отчетливое снижение обнаруживают не только все компоненты мыслительной деятельности (логико-структурная функция, целенаправленность, способность к обобщению и категоризации), но и мнестические (долговременная и кратковременная память) процессы, а также основные компоненты внимания (концентрация и избирательность).

Процесс интеграции психопатоподобных и шизофренических расстройств

обнаруживает **полярные тенденции**: 1 – динамика в форме усложнения психопатоподобных расстройств, и 2 – динамика по типу редуцирования конституциональных черт (синдром дефицитарной шизоидии).

При этом профиль социально-трудового функционирования в границах заявленных подгрупп различается в зависимости от полиморфизма динамики траекторий перекрытия РЛ и НР.

Так, при динамике в форме усложнения психопатоподобных расстройств (1 подгруппа) общий уровень социального функционирования оказывается более сохранным по сравнению с динамикой по типу редуцирования конституциональных свойств (2 подгруппа), что объясняется меньшей глубиной дефицитарных симптомокомплексов (апатия-абулия SANS – 3,6 для 1 подгруппы; апатия-абулия SANS – 4,1 для второй подгруппы).

Признаки социально-трудового дефицита оказываются достоверно выше в подгруппе больных с динамикой типа редуцирования конституциональных черт (2 подгруппа). На фоне выраженных негативных изменений пациенты аутизируются (SFS – 1,5), ограничивают межперсональные контакты рамками родительской семьи (SFS – 1,3), обнаруживают потребность в поддержке и советах со стороны значимых других для продуктивной реализации повседневной активности (SFS – 1,3).

При симультанной с участием позитивных дименсий динамике, в отличие от формирования психопатоподобных синдромов при «фазном» и «симультанно-прогредиентном» вариантах, где в качестве трансформеров, обеспечивающих деформацию РЛ, выступают только негативные расстройства, траектория развития РЛ, завершающаяся образованием псевдопсихопатических состояний, подвергается более сложному процессуальному воздействию (пересечение траекторий негативных, позитивных расстройств и расстройств личности).

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 степени 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 окончания психоза стойкой деформацией первичных (конституционально обусловленных) патохарактерологических структур. С другой стороны, формируются новые психопатоподобные (по существу, представляющие на этапах завершения психоза преформированные позитивные расстройства) симптомокомплексы, накладывающиеся на деформированные конституциональные структуры.

Таким образом, деформация РЛ завершается не только полным редуцированием конституциональных свойств, но и формированием новых (нажитых) патохарактерологических образований: 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.

1. Параноидная личность (гипопараноические состояния по типу «новой жизни» Mayer-Gross, 1932).

По мере распада бредовой системы и редукции проявлений психоза, формируется новая – гипопараноидальная система на уровне не бредовых, а сверхценных образований. В качестве доминирующей в этих случаях выступает идея превенции – недопущения любой возможности возобновления болезни. Соответственно, выстраивается система «мероприятий», имеющих целью элиминацию факторов, которые могли бы провоцировать (в соответствии с параноидальными построениями больного) манифестацию психоза.

Сформировавшиеся в процессе перенесенного психоза негативные изменения (преимущественно эмоционального круга) достигают уровня полного отчуждения присущей конституциональному характерологическому складу сферы эмоций, что находит подтверждение и в данных психометрического исследования (ангедония-асоциальность по SANS – $4,3 \pm 0,2$; апатия-абулия – $3,4 \pm 0,3$).

Пациенты лишены каких-либо привязанностей, полностью прерывают все семейные связи, не отвечают на письма родных, равнодушны к судьбе даже собственных детей.

По свидетельству полученных данных, именно негативные, преимущественно эмоциональные, изменения способствуют формированию феномена псевдопсихопатий по типу параноидной личности. Выступая не изолированно, в виде моносимптома, но совмещаясь в клиническом пространстве «общих» синдромов с резидуальной позитивной симптоматикой и патохарактерологическими расстройствами, дефицитарные изменения способствуют видоизменению резидуального бреда гетерогенного содержания, в параноическую систему, в качестве единого денотата которой выступает, основанная на явлениях эмоционального отупения враждебность к лицам из семейного окружения.

Вместе с тем, негативные расстройства, взаимодействуя в психопатопатологическом пространстве «общих» синдромов не только с резидуальной позитивной симптоматикой, но и с РЛ, способствуют как трансформации конституциональных проявлений характерологического склада, так и образованию ранее не свойственных психопатоподобных изменений, отражающих модус взаимодействия с окружением в условиях глубокого эмоционального дефицита.

Так, по свидетельству данных проведенного психометрического исследования, у пациентов отмечается обусловленное грубым нарастанием негативных расстройств «обесцвечивание» прежней индивидуальной структуры личности (достоверное снижение выраженности патохарактерологических дименсий в показателях сравнительной ретроспективной и актуальной оценки опросника ОЧХ-В): утрата прежнего уровня интрапсихической активности, эмоциональной вовлеченности, обеднение спектра эмоционального реагирования, ограничение круга потребностей, целей и влечений примитивными нуждами.

На фоне общей нивелировки преморбидной личностной структуры под трансформирующим влиянием позитивных симптомокомплексов происходит

тотальная трансформация личности больных: шизоидная конституция сменяется паранойяльным личностным складом.

Отмечаемые у пациентов уже в преморбиде, в рамках шизоидной конституции, черты интровертированности и аутизма под влиянием позитивных феноменов типа подозрительности и враждебности трансформируются, приобретая характер карикатурного аскетизма и обусловленной перманентным ощущением угрозы окружающего мира чужаковатой нелюдимости.

При этом, **образующиеся по минованию психоза ранее несвойственные пациентам патохарактерологические дименсии фактически прототипичны редуцированным позитивным симптомокомплексам.** Сохраняющиеся после перенесенного психотического эпизода бредовые феномены на пограничном уровне принимают форму сверхценных образований, что находит отражение в личностной перестройке пациентов по параноическому типу. Больные обретают характерную склонность к формированию сверхценных идей, ригидности мировоззренческой (несоответствующей реальности) позиции, фанатизма убеждений и непримиримой борьбой с препятствующим реализации собственной идеологии окружением.

2. Кататоническая личность (дискинетопатия с явлениями монотонной активности [52; 57; 94]).

Клиническую картину синдрома определяют расстройства двигательной сферы, (редуцированные симптомокомплексы гипер- и гипокинезии, характерные для манифестной кататонии), принимающие форму «кататонического поведения» [104]; «catatonic behavior» – F. Jrani, S. Kalkstein [332]) – перманентных личностных свойств («тонический спазм личности» – Г.Е. Сухарева [171], дискинетопатия – Н.А. Ильина [57]).

В соответствии с данными психометрического исследования пациентов (апатия-абулия по SANS – $4,6 \pm 0,2$; ангедония-асоциальность – $3,5 \pm 0,1$), в структуре дефицитарных изменений преобладают апато-абулические расстройства: редукция энергетического потенциала, пассивное уклонение от ответственности в рамках

бытовой и профессиональной деятельности, безынициативность и отсутствие творческого подхода.

При этом у больных с синдромом дискинетопатии отсутствуют признаки тотальной астенизации (выраженная физическая истощаемость, непереносимость длительных производственных нагрузок и т.д.). Несмотря на формирование «охранительного» режима жизнедеятельности (свободный рабочий график, соблюдение строгого режима сна и отдыха), пациенты сохраняют трудовую адаптацию, избирая, в связи с интеллектуальным обеднением, варианты ручного труда.

Астенические феномены (слабость, головные боли напряжения, снижение психофизической выносливости) в большей мере обнаруживают себя под воздействием эмоциональных нагрузок (преобладание показателей по шкале психической астении MFI-20), представленных условно-патогенными стрессорами: расширение круга профессиональных обязанностей, конфликты в коллективе, смена непосредственного руководства и т.д.

В домашнем же обиходе пациенты сохраняют достаточный уровень независимости (независимость по SFS – $2,5 \pm 0,1$): самостоятельно справляются с бытовыми трудностями, поддерживают рекреационную активность (садоводство, многочасовые прогулки и др.).

Патохарактерологическая деформация с формированием кататонической личности также, как и при остальных вариантах псевдопсихопатий, происходит под воздействием сохраняющихся по миновании перенесенного психотического эпизода, позитивных расстройств (в данном случае, моторных).

При нивелировке дименсий конституционального личностного склада отмечается формирование черт психической монотонности, психомоторной заторможенности, патологической скрупулезности, фиксации на малозначимых аспектах реализуемой деятельности, склонности к созданию стереотипных, не соответствующих требованию окружающих реалий, жизненных регламентов.

3. Пуэрильная личность (синдром «выученной беспомощности», Selinger).

Дименсиональный склад пуэрильной личности определяется рамками новоприобретенных патохарактерологических свойств (альтерация сознания зрелой личности сознанием ребенка [18]), сформировавшихся в процессе затяжного психотического эпизода с персистирующими явлениями пуэрилизма и псевдодеменции.

Закрепление по минованию приступа и последующая модификация пуэрильной симптоматики происходит на базе отчётливо выступающих по мере редукции манифестного психотического эпизода негативных изменений, в структуре которых превалируют анэргические (апатия-абулия SANS – $4,2 \pm 0,3$) и примыкающие к ним астенические (MFI-20 – $82,4 \pm 6,2$) расстройства, представленные грубой психофизической истощаемостью.

Тяжесть сформировавшихся негативных изменений подтверждается полной утратой больными прежнего уровня социально-трудового функционирования: на момент обследования все 100% выборки полностью утратили трудоспособность, у 8 пациентов имеется инвалидность II группы по психическому заболеванию.

При этом, несмотря на значительное после перенесенного приступа болезни снижение трудовой активности, у этих лиц сохраняются возможности ухода за собой и за детьми, способность выполнять необходимые обязанности по ведению хозяйства (оплачивать счета, совершать необходимые покупки, самостоятельно считать сдачу в магазине и т.д.) и поддержанию порядка в доме. Однако при возникновении более сложных бытовых ситуаций, требующих принятия самостоятельных решений, а также дополнительных усилий для преодоления возникших жизненных трудностей, пациенты обнаруживают склонность к диссоциативным реакциям с демонстрацией полной несостоятельности: начинают «путаться», по-детски плачут, умоляют родных «спасти» от перегрузки, уверяют в полном отсутствии сил.

Такие формы реагирования в ответ на минимальные повседневные трудности свидетельствуют не столько о тотальном, но преимущественно о преходящем характере астенических нарушений, сопряженных не только с апато-

абулическими, но и с диссоциативными расстройствами (МДЗЛ – $10,1 \pm 2,5$; корреляция показателей шкалы SANS с данными шкалы DES – $k=0.83$).

Значительный вклад диссоциативной симптоматики в структуру не только негативных, но и когнитивных расстройств (R между показателями теста Векслера и шкалы DES – $0,73 \pm 0,9$) подтверждается расхождением показателей объективной психометрической оценки и субъективно предъявляемых жалоб пациентов (когнитивные расстройства, по данным психологического исследования, объективно не достигают уровня грубого умственного дефекта: средний показатель IQ по методике Векслера – $86,2 \pm 7,5$).

Необходимо подчеркнуть, что круг псевдопсихопатических состояний не ограничивается приведенными выше тремя вариантами РЛ. Судя по данным доступных публикаций и результатам собственного проведенного исследования, спектр нажитых патохарактерологических образований значительно шире. Псевдопсихопатические состояния формируются при разной выраженности дефицитарных расстройств и, соответственно, наблюдаются не только в пределах внутрибольничных ремиссий и в составе контингента трудовых мастерских, но и среди лиц с постпсихотическими резидуальными состояниями, функционирующими в экстрамуральных условиях и обнаруживающих значительно более высокие уровни социальной адаптации.

Завершая характеристику динамики РЛ при трех вариантах перекрытия траекторий развития негативных расстройств и расстройств личности, необходимо остановиться на соотношении динамики развития псевдопсихопатий и процессуальных дименсий (позитивных/негативных расстройств) в постпсихотическом пространстве шизофрении.

Согласно данным проведенного исследования, траектория развития личности, завершающаяся формированием псевдопсихопатий, связана с полной остановкой процесса. В этих случаях псевдопсихопатии выступают в качестве признака становления резидуального состояния, исключающего возврат *adintegrum* [311]. При этом следует учитывать известный факт, что даже очень

продолжительная ремиссия не является показателем окончательной остановки процесса, поскольку может быть прервана очередным приступом заболевания [221; 526].

В обоснование такой позиции (т.е. интерпретации псевдопсихопатий как показателя остановки процесса) в ряде исследований приводятся данные о большой длительности персистирования псевдопсихопатических состояний при отсутствии даже транзиторных признаков обострения заболевания (не характерны тенденции к экзацербации симптоматики, формированию новых психопатологических расстройств, к дальнейшему углублению изменений личности).

Поэтому для квалификации псевдопсихопатий как показателя остановки процесса, помимо статистических (длительность постпсихотического состояния), могут быть привлечены и полученные выше клинико-психометрические данные, относящиеся к психопатологической характеристике нажитых патохарактерологических расстройств.

Псевдопсихопатии относятся к клиническим образованиям, дублирующим в синдромально завершённом виде, но на уровне пограничной психической патологии, манифестные проявления психоза.

Собственные результаты, а также анализ данных ряда публикаций, позволяет предположить, что формирование таких дублирующих структур отражает противоположные прогрессивному развитию закономерности динамики – тенденцию к затуханию течения заболевания. Образование «новой постпсихотической личности» на фоне текущего процесса неосуществимо. В этих случаях возможна лишь деформация и редуцирование конституционально свойственных личностных аномалий.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что траектория личностной деформации в психопатологическом пространстве шизофрении представляет собой замкнутый на патохарактерологических структурах цикл развития заболевания: дебют с видоизменением/амплификацией конституциональных личностных структур –

конечные этапы процесса с формированием психопатоподобных расстройств по типу образования «новой» личности.

В завершение следует привести цитату Н. Еу, при рассмотрении проблем конечных форм шизофрении особо выделяющего феномен единства психопатологических проявлений, выступающих на обоих полюсах патологического процесса: «...в конце имеется то, что было в начале, или в начале имеется то, что будет в конце».

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 (достоверное ($p < 0,01$) преобладание показателей SANS по шкале апатии-абулии ($2,9 \pm 0,2$ балла) над шкалой ангедонии-асоциальности ($3,6 \pm 0,3$ балла) включают дефензивную шизоидию, дефицитарную шизоидию, истероинфантилизм, истероабулию и псевдопсихастению;
 - 2.2. Общие синдромы экспансивного полюса (достоверное ($p < 0,01$) преобладание показателей SANS по шкале апатии-абулии ($2,9 \pm 0,2$ балла) над шкалой ангедонии-асоциальности ($3,6 \pm 0,3$ балла) включают экспансивную шизоидию по типу фершробен, злокачественную истерию и синдром патологического рационализм.
3. Закономерности видоизменения психопатоподобных дименсий (установлены с применением психометрического инструментария) дифференцируются в зависимости от принадлежности к общим синдромам 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 (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); низкой степенью выраженности эмоциональных расстройств, отражающих в первую очередь связанное с абулическими изменениями обеднение общего уровня социальной активности, склонность к формированию сенситивных 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).

3.2. Видоизменение конституциональных личностных свойств в рамках общих синдромов экспансивного профиля реализуется заострением черт прагматизма и эгоцентризма (отсутствие близких друзей — SPQ-A — $8,3 \pm 0,4$; снижение коммуникабельности — PANSS — $5,1 \pm 1,2$; отношения с коллегами и близкими — SANS — $4,5 \pm 0,3$); преобладанием явлений эмоционального дефицита (ангедония-асоциальность по SANS — $3,5 \pm 0,3$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $6,8 \pm 0,4$ балла); ограниченной выраженностью редукции энергетического потенциала (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) с искажением психической активности в сторону хаотичной, 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 расстройств -негативная шизофрения), симультанным (приступообразно—прогредиентное течение шизофрении с

преобладанием в приступах параноидных, кататоно-параноидных, 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 («минус-радикалы» по Н. Sjobring).
- 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 окончанию 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-трудового 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 ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

РЛ – расстройство личности.

РШС – расстройства шизофренического спектра.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

МКБ–Международная классификация болезней.

PANSS – шкала оценки позитивных и негативных симптомов.

SANS – шкала оценки негативных симптомов.

MFI-20 – шкала оценки астенической симптоматики.

ОЧХ-В – опросник черт характера взрослого человека.

SPQ – опросник шизотипического расстройства личности.

SCID-II– структурированное клиническое интервью DSM для расстройств оси II.

Y-BOCS– шкала оценки обсессивно-компульсивной симптоматики.

CDS – шкала оценки деперсонализационных расстройств.

DES – шкала оценки диссоциативных расстройств.

МДЛЗ – методика диагностики личностной зрелости.

MOSSF -36 – опросник влияния болезни на качество жизни пациента.

SHAI – опросник выраженности тревоги о здоровье.

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Апатия к работе («job apathy»): описанный Schmidt G. et al. [472] частный вариант парциальных мотивационно-волевых расстройств («селективная апатия», по Marin R. [405]), определяющийся «феноменом утраты заинтересованности в трудовой деятельности в отсутствие каких-либо значимых стрессовых событий, ассоциированных с ней». В соответствии с современным размерным подходом, рассматривается вне связи с определенной клинической категорией, находясь в границах континуума (от невротических до процессуальных негативных изменений) патологий.

Аутистическая активность: термин, впервые введенный E. Minkowski [417] для описания свойственных больным аутизмом «своеобразно застывших и односторонних активных тенденций, сосуществующих с тенденцией к пассивной изоляции». Согласно современным представлениям [22;136], под аутистической активностью понимаются «вычурные, не согласующиеся с конвенциональными нормами, нелепые поступки, реализация которых отражает полный отрыв как от действительно, так и от прошлого жизненного опыта».

Аутопсихическая трансформация: обусловленная формирующимся при шизофрении психическим дефицитом тотальная перестройка конституционального склада личности больного.

Аутопсихический бред (аутопсихическая бредовая деперсонализация): убежденность больных в: 1) утрате или расщеплении собственного психического «Я»; 2) перевоплощении собственной личности в личность другого человека и/или существа; 3) утрате границ собственной личности и слиянии своего внутреннего «Я» с окружающим миром; 4) захвате собственной личности другим существом и т.д.

Вербализм (Овсянников С.А., 1971): обусловленная сочетанием нарастающего умственного дефицита и патологического заострения черт гистрионии

склонность больных истерошизофренией к пустым, не соответствующим контексту ситуации, «трафаретным», «салонным» монологам.

Дефензивная шизоидия (от лат. *defensio* – «защита»): вариант шизоидного РЛ с включением патохарактерологических дименсий психастенического и зависимого круга типа утомляемости, тревожной мнительности, неуверенности в себе, утрированной робости и склонности к формированию сенситивных идей отношения.

Дименсиональная модель: принятая на современном этапе развития психиатрии модель, основывающаяся на структурном (качественном и количественном) анализе входящих в состав клинического образования независимых психопатологических феноменов.

Дисгармонический психофизический инфантилизм: согласно типологии Сухаревой Г.Е. (1965), представляет собой особый вариант психофизической незрелости, проявляющийся сочетанием явлений психического инфантилизма с патологическими личностными дименсиями типа повышенной аффективности, демонстративности, эгоцентризма, реактивной лабильности или возбудимости. Для определения пропорциональной задержки психофизического недоразвития без признаков патохарактерологических расстройств автором использовался термин «гармонический инфантилизм».

Диспсихофобия: термин введен А.К. Ануфриевым [3] для обозначения широкого диапазона страхов психического расстройства от потери самоконтроля, боязни потерять сознание на виду у посторонних до страха безумия и полной утраты способности мыслить.

Дублирующие психопатологические структуры (Van Osetal., 2009; Смулевич А.Б., 2011): клинические симптомокомплексы, репрезентующие в синдромально завершённом виде, но на уровне пограничной психической патологии манифестные проявления психоза.

Инфантилизм: обусловленная социальными, наследственно-генетическими, психолого-психиатрическими или органическими факторами задержка темпа

возрастного психического или психофизического развития без признаков тотальной интеллектуальной недостаточности (Код по МКБ –F 89; F 60.8; F 07.8).

Категориальная модель: классическая для отечественной и зарубежной психиатрии XIX-XX вв. модель, основывающаяся на дескриптивном подходе, предполагающем наличие четких границ между сложными клиническими образованиями (нозологией, синдромы). Диагностическое значение в рамках категориальной модели приобретает качественная оценка комплексной клинической единицы без структурного анализа входящих в ее состав психопатологических феноменов.

Кластерная типология расстройств личности: используемая в зарубежных диагностических руководствах (DSM-IV, V) классификация, в границах которой конкретные расстройства личности группируются в три основных кластера на основе ведущего характерологического признака: кластер А (с преобладанием эмоциональной холодности и эксцентричности); кластер В (с преобладанием демонстративности и аффективности); кластер С (с преобладанием тревожности и избегания).

Кросс-секционное исследование: метод исследования популяционной выборки в одной временной отметке, позволяющий оценить качественные и количественные характеристики изучаемых переменных.

Лонгитудинальное исследование: метод исследования популяционной выборки в течение установленного временного периода, позволяющий оценить динамику изменений и траектории развития изучаемых переменных.

Любовная аддикция (Peele S., 1975; Simon J., 1982): один из вариантов нехимической зависимости, характеризующееся фиксацией на объекте аффективной привязанности, тотальным эмоциональным слиянием, страхом покинутости и подчинением основных сфер жизнедеятельности требованиям значимого другого. Для любовных аддикций также, как и для иных форм зависимого поведения, характерными являются: 1) неконтролируемая тяга к повторному совершению поведенческих актов; 2) ограниченная способность

к контролю собственного поведения; 3) отсутствие рационализации мотивов и целенаправленности совершаемых действий, несмотря на причиняемый ими самому пациенту психологический, психический и социальный ущерб.

Минус-радикалы (Sjobering H., 1971): заложенные в преморбиде латентные дименсии, актуализирующиеся в период болезни и приобретающие «осевое» значение в структуре психического расстройства, в дальнейшем определяя его клиническую картину.

Низкая интрапсихическая активность: обеднение силы, глубины и насыщенности внутриспсихических процессов: эмоций, переживаний, мотивов, потребностей и др.

Основное расстройство: термин, разработанный J. Berze [221] для обозначения гипотетического единого (первичного) патогенетического образования (в концепции Berze – т.н. «гипотонии сознания»), определяющего весь спектр симптоматики шизофрении (вторичной по отношению к основному расстройству).

Посттравматический рост (Tedeschi R.G., 2004): процесс комплексной реструктуризации личности после перенесенного травматического воздействия (в настоящем исследовании – эпизода острого психического неблагополучия), включающий тотальную трансформацию прежней Я-концепции больного, его ценностей и базисных убеждений. Необходимым условием для посттравматического роста является интеграция пережитого травматического опыта и его последствий в новую идентичность «Я», целостную картину мира и систему социальных связей больного.

Приобретенная личность («acquiredpersonalitydisorder», по Hulbert, 1996): формирующиеся по миновании острого психотического эпизода, обусловленные закрепляющейся на пограничном уровне резидуальной позитивной симптоматикой, тотальные и необратимые изменения личности по типу формирования нового патохарактерологического склада. Феномен был признан в последней редакции Международной классификации

болезней (МКБ 10; ВОЗ, 1992) и добавлен в категорию «Устойчивое изменение личности после психического заболевания».

Пуэрилизм (от лат. «puer» – «ребенок», «puerilis» – «детский»): форма истерических психозов, впервые описанная Dupre E. (1903), характеризующаяся появлением на фоне истерического сужения сознания у ранее зрелой личности не соответствующих возрасту, свойственных раннему дошкольному и/или младенческому (сюсюканье, гримасничание и т.д.) периоду, карикатурных форм поведения. В клинической практике пуэрилизм может реализоваться не только на уровне целостного синдрома [18, 173], но и в качестве отдельных дименсий в структуре иных психопатологических образований (псевдодеменция, ганзеровский синдром и др.).

Регрессивная синтонность (Barahona Fernandes H. J., 1957): формирующаяся на базе дефицитарных (в частности – эмоциональных) расстройств патологическая откровенность больного шизофренией, утрата понимания границ между социально допустимыми и табуированными темами, готовность без стеснения излагать свои переживания (в том числе – откровенно интимного характера) всем окружающим без учета ситуации и своего положения в обществе.

Рекреационная активность: развлекательная и/или оздоровительная деятельность, направленная на восстановление или поддержание нормативного психологического, психического или физического самочувствия пациентов с выраженной астенизацией.

Реминисцентная конституция (от англ. «reminiscent» – «напоминать, вызывать воспоминания»): в настоящем исследовании термин используется по аналогии с понятием «reminiscentconstitution», введённым Gitlin M.J. [305], для обозначения тотальной патохарактерологической трансформации пациента после перенесенного острого психотического эпизода, на этапах стабилизации психического процесса. В основе механизма формирования феномена заложены редуцированные позитивные психопатологические симптомокомплексы, определяющие личностный профиль новых

психопатологических структур, т.е. формирующие реминисцентную (по отношению к манифестным проявлениям психоза) конституцию.

Синдром «выученной беспомощности» (Seligman M., 1967): приобретенное в течение патологического воздействия внешних факторов (психологических, социальных или нозологических) состояние, при котором личность отказывается от любых самостоятельных действий, осознанно занимает пассивную позицию и перекладывает ответственность за собственное благополучие на значимого другого.

Трансформер: феномен, под влиянием которого происходит преобразовывание и видоизменение иных компонентов целостной структуры.

Феномен «posttraumaticgrowth» (Mazor Y., 2016): процесс тотальной перестройки личности после перенесенного психоза, в ходе которого кардинальным образом видоизменяется общее принятие собственной жизни и отношения с окружающими, происходит переоценка собственных возможностей (поиск новых путей профессиональной и социальной адаптации) и смена всех духовных убеждений.

Феномен «recovery» (Deegan P.E., 1988): психологическое принятие и преодоление пережитого в период острого психотического приступа травматического опыта путем отказа от прежних переживаний и суждений, мировоззренческих, конфенциональных и профессиональных установок, круга социальных контактов с формированием качественно новой, принципиально отличной от доболезненной, жизненной парадигмы.

Compartment-диссоциация (от англ. «compart» –«частично отгораживать», «дробить на мелкие части», «отделять часть от чего-то»): термин, введенный Holmes et al. [323], для описания диссоциативных расстройств истерического круга: полиморфные конверсионные и соматоформные расстройства (диссоциативная соматизация по Nijenhuis [509]); диссоциативные фуги и ступоры; ограниченные расстройства памяти. Основными критериями для определения компарментализации выступают: 1) дефицит сознательного контроля (ДСК) тех процессов и/или действий, которые в норме полностью

осознаются; 2) ДСК не может быть преодолен усилием воли; 3) ДСК обратим; 4) может быть доказано, что функции, воспринимаемые больным как нарушенные, объективно сохраняют нормативное функционирование и продолжают влиять на сознание, внимание, эмоции и действия.

Detachment-диссоциация (от англ. «detach» –«отделяться», «отчуждаться», «отслаиваться»): термин, введенный Holmes et al. [323], для описания тяжелых диссоциативных, специфичных для шизофрении, расстройств сознания, характеризующихся чувством отчуждения собственного «Я» от аспектов психической жизни (см. также Cardeña, 1994; Allen, 2001). Феномен detachment может относиться к: 1) индивидуальным эмоционально значимым переживаниям (психическая анестезия, эмоциональное оглушение); 2) чувству собственного «Я» (деперсонализация); 3) восприятию собственного тела (феномены out-of-body); 4) восприятию окружающего мира (дереализация). Феноменологическое описание detachment включает отсутствие или нарушение эмоциональных переживаний, ощущение «нахождения за пределами реальности» и/или отгороженности от мира («как будто во сне»). В некоторых случаях развитие detachment может проявляться тотальными расстройствами памяти по типу «биографической амнезии» [357].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аккерман, В.И. О Павловском понимании психастении и шизофрении. Тез. докл. на Белорус. респ. конф. невропат. и психиатр. Минск, 1960, С. 86-88.
2. Андросова, Л.В. Маркеры воспаления при шизофрении позднего возраста. / Л.В. Андросова, Н.М. Михайлова, С.А. Зозуля, А.М. Дупин, Т.П. Ключник// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(12):60-64.
3. Ануфриев, А. К. К понятиям «латентное» и «резидуальное» в шизофрении / А.К. Ануфриев // В кн.: Шестой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1975. – Т.3. – С.19-23.
4. Архангельский, В.Г. Клиника шизофрений с истерическими наслоениями и их отграничение от истерии: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1940. – с. 156
5. Балашова, Л. Н. Некоторые типы ремиссий и дефекты психики при шизофрении с благоприятным течением (в связи с задачами трудоустройства) / Л. Н. Балашова // Вопр. клиники, патогенеза и леч. шизофрении: сб. ст. Медгиз. – 1958. – С. 515-523.
6. Барденштейн, Л. М. Расстройства шизофренического спектра: учеб. пособие / Л. М. Барденштейн, И.В. Щербакова, Г.А. Алешина. – М.: ИНФРА-М, 2020 – 112 с.- (Высшее образование). - www.dx.doi.org/10.12737/2035.
7. Бархатова, А. Н. Дефицитарные расстройства на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза (мультидисциплинарное исследование): дисс. ... докт. мед. наук: Бархатова Александра Николаевна. – М., 2016. – 387 с
8. Батурина, Э. В. Клинические варианты течения истерических ипохондрий / Э. В. Батурина // Вопросы клиники и терапии неврологических и психических заболеваний. – Караганда. – 1969. – С. 168-171.
9. Башина, В.М. Аутизм в детстве. /В.М. Башина. – М: Медицина, 1999. – 240.
10. Боброва, И. Н. Реактивные психозы / И. Н. Боброва // Руководство по психиатрии под редакцией академика АМН СССР Морозова Г.В. – М.: Медицина, 1988, – Т.2. – С. 262-301.

11. Борисова, Д.Ю. Особенности социальной адаптации подростков с шизоидным расстройством личности по данным катамнеза./ Д.Ю. Борисова// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т.107. – №6. – С. 26-30.
12. Борисова, П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии./ П.О.Борисова // Психиатрия. 2020. – 18(2). – 61-70.
13. Бунеев, А. Н. О шизоидных невротиках./ А.Н. Бунеев// Журнал психологии, неврологии и психиатрии. 1923. – № 2. М-Птг.
14. Бунеев, А. Л. Проблема реактивных состояний в судебно-психиатрической клинике / А. Л. Бунеев // Проблемы судебной психиатрии; под ред. Ц.М. Фейнберг. – Сб. 6. – М., 1947. – С. 105-118.
15. Варга, А.Я. Введение в системную семейную психотерапию./ А.Я. Варга.– М.: Когито-центр, 2009. – 182 с.
16. Васюков, С.А. Катамнез психогенных депрессий в судебно-психиатрической практике./ С.А. Васюков, Т.А. Шахбази, И.М. Ушакова // Российский Психиатрический Журнал.2013. – 6. – 7-11.
17. Введенский, И. Н. Постановка вопроса об исходных состояниях после реактивных психозов (Развитие пост-реактивной психической инвалидности) / И. Н. Введенский // Труды психиатрических клиник 1 ММИ. – 1926. – Вып. II. – С. 60-70.
18. Введенский, И. Н. Психогенный пуэрилизм / И. Н. Введенский // Проблемы судебной психиатрии. – Сб. 5. – М., 1946. – С. 126-158.
19. Внуков, В. А. О дефекте при шизофреническом процессе / В. А. Внуков // В сб.: Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов 25-29 декабря. – 1936. – Вып. II. – С. 466-470.
20. Вовин, Р.Я. Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы./ Р.Я. Вовин, А.В. Голенков, А.Я. Фактурович и др.// В кн.: Шизофренический дефект, диагностика, патогенез, лечение. – Ст-Петербург., 1991. – 6—29.
21. Волель, Б.А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия): автореф. дис. канд. мед. наук: Волель Беатриса Альбертовна. – М., 2003. – 24 с.

22. Воробьев, В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. ... докт. мед. наук: Воробьев Владимир Юрьевич. – М., 1988. – 128 с.
23. Вроно, М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (Особенности клиники и течения)./ М.Ш. Вроно//М.: Медицина; 1971.
24. Гаммацаева, Л.Ш. Нарушения поведения при вялотекущей шизофрении у детей./ Л.Ш. Гаммацаева// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. –104:7. – 22-28.
25. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин // – М.: Север, 1933. – 143 с.
26. Гейер, Т.А. Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность)./Т.А. Гейер; под ред. проф. Гейер Т.А. – М.—Л.: Гос. изд-во биол. и мед. лит. – 1935.
27. Гиляровский, В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский. – Л.: Биомедгиз, 1935. – 750 с.
28. Гиляровский, В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский. – Л.: Биомедгиз, 1954. – 520 с.
29. Голик, А. Н. Психопатоподобные нарушения при шизофрении подростково-юношеского возраста (вопросы психопатологии, клиники и патогенеза): автореф. дис. канд. мед. наук: Голик Аркадий Николаевич. – М., 1991. – 22с.
30. Гольденберг, С. И. К проблеме микропроцессуальных форм. Мягкая соматопсихическая форма шизофрении // С. И. Гольденберг // Сов. невропатол. псих. и психогигиена. – 1934. –№5. – С. 48-62.
31. Гонопольский, А. М. Об особенностях шизофрении, дебютирующей в психогенно-травмирующей ситуации / А. М. Гонопольский // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний. – М., 1982. – С. 64-67.
32. Горчакова, Л. Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств / Л.Н. Горчакова // Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т.88. – №5. – С. 76-82.
33. Гурович, И.Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery». / И.Я.

- Гурович, Е.Б. Любо, Я.А. Сторожакова// Социальная и клиническая психиатрия. 2008. –18(2):7-14.
34. Гурович, И.Я. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи/ И.Я. Гурович, Н.Г. Шашкова, Л.Я. Висневская, Я.А. Сторожакова. // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. – №2.
35. Данилова, Л. Ю. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотимоподобный вариант): дисс. ... канд. мед. наук: Данилова Людмила Юрьевна. – М., 1987. – 235 с.
36. Детский аутизм: исследования и практика; под ред. Касаткина ВН. – Издательство Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков. – 2008: 94–124.
37. Дробижев, М. Ю. Депрессивные состояния при вялотекущей шизофрении с преобладанием негативных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Дробижев Михаил Юрьевич. – М., 1991. – 22 с.
38. Дубницкая, Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): дисс. ... канд. мед. наук: Дубницкая Этери Брониславовна. – М., 1979. – 192 с.
39. Егоров, А. Ю. Любовные аддикции / А. Ю. Егоров // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т.11. – №2. – С. 64-81.
40. Жариков, Н.М. Эпидемиология психических заболеваний. / Н.М. Жариков// В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. – М.: Медицина. –1983.
41. Жариков, Н.М. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией. / Н.М. Жариков, Ю.И. Либерман// Метод. письмо. М. – 1970.
42. Железнова, М.В. Двигательные навязчивости при неврозоподобной шизофрении (клиника, типология, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Железнова Мария Владимировна. – М., 2008. – 141 с.
43. Жилин, В.О. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и

- трудоустройственной дезадаптации). / В.О. Жилин, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова// Психиатрия. – 2019;(81):39-48.
44. Жислин, С.Г. Конституция и моторика. / С.Г. Жислин// Труды психиатрической клиники. – 1928; 3: 245—263.
45. Жмуров, В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. / В.А. Жмуров// 2-е изд. М. – Джангар, 2012.
46. Завидовская, Г. И. Благоприятно текущая шизофрения с навязчивостями//Автореферат дисс. . канд. мед. наук. – М. - 1971. - 264 с.
47. Зинченко, В. П. Миры сознания и структура сознания / В. П. Зинченко //Вопросы психологии. – 1991. – №2. – С. 15-37.
48. Зинчук, М.С. Негативные расстройства и качество жизни больных шизофренией (клинический, адаптационный и терапевтический аспекты): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Зинчук Михаил Сергеевич. - Томск, 2013. - 259 с. : 27 ил.
49. Иваницкая, Т. Ю. Клинические особенности группы больных шизофренией, текущей с преобладанием негативных проявлений. / Т.Ю. Иваницкая // Журнал невропатол. и психиатр. – 1970, 9, 1368 с.
50. Иванов, М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: Диагностика, клиника, терапия / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. – СПб., 2008. – 288 с.
51. Иванов, С. В. Постпроцессуальное сензитивное развитие (клиника, патогенез, лечение): дисс. ... канд. мед. наук: Иванов Станислав Викторович. – М., 1993. 219 с.
52. Измайлова, Л.Г. Об одном из вариантов длительных ремиссий при приступообразно-прогредиентной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. –1976. 178 с.
53. Изнак, А.Ф. Регрессионные модели взаимосвязей клинических и нейробиологических показателей при терапии маниакально-бредовых состояний в рамках приступообразной шизофрении. / А.Ф. Изнак, Е.В. Изнак, Т.П. Ключник, И.В. Олейчик, Л.И. Абрамова, Г.М. Кобельков, М.А. Ложников

- //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – 116(3). – 24-29.
54. Иконников, Д.В. Реакции отказа при вялотекущей шизофрении: дис. канд. мед. наук: Иконников Дмитрий Всеволодович. – М. 2005. – 210 с.
55. Иконников, Д. В. Реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией (по материалам катамнестического исследования) / Д. В. Иконников // Журнал Психиатрия. – 2005. – Т.13. – №1. – С. 17-25.
56. Ильина, Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): дисс. ... докт. мед. наук: Ильина Наталья Алексеевна. – М., 2006. – 335 с.
57. Ильина, Н.А. Длительные ремиссии дискинетического типа при приступообразной шизофрении. / Н.А. Ильина, Н.В. Захарова//Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2010,110:12:17—23.
58. Ильина, Н. А. Деперсонализационные депрессии (психопатология, динамика, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Ильина Наталья Алексеевна. – М., 1999. – 19 с.
59. Ильина, Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): дисс. ... докт. мед. наук: Ильина Наталья Алексеевна. – М., 2006. – 335 с.
60. Иммерман, К. Л. Затяжные реактивные психозы в судебно-психиатрической клинике: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1969. – 29 с.
61. Иммерман, К. Л. Истерические проявления при шизофрении / К. Л. Иммерман, Л. В. Ромасенко // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. – М., 1977. – С. 39-46.
62. Каплинский, М.З. К значению изучения психопатий для клиники больших психозов (по работе П.Б. Ганнушкина). / М.З. Каплинский, С.В. Крайц, А.Я. Левинсон// Доклад на конференции психиатрической клиники I ММИ 23 февраля 1934 г., посвященной памяти проф. П.Б. Ганнушкина). Труды психиатрической клиники. М: Биомедгиз. – 1934; 5: 11—19.
63. Кербиков, О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.

64. Кербиков, О. В. К учению о динамике психопатий / О.В. Кербиков // Проблемы судебной психиатрии. Сб. X. Пограничные состояния. – М., 1961. – С. 5–32.
65. Ключник, Т.П. Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов. / Т.П. Ключник, С.А. Зозуля, Л.В. Андросова, З.В. Сарманова, И.Н. Отман, А.М. Дупин, Г.П. Пантелеева, И.В. Олейчик, Л.И. Абрамова, С.А. Столяров, Е.С. Шипилова, О.А. Борисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(2):37-42.
66. Ключник, Т.П. Системные иммунные реакции при эндогенных депрессиях. / Т.П. Ключник, З.В. Сарманова, Н.В. Субботская, А.Н. Бархатова // Российский психиатрический журнал. 2015;5:85-91.
67. Козюля, В. Г. Клинические особенности длительных ремиссий при малопрогрессирующей юношеской шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Козюля Виталий Георгиевич. – М., 1978. – 16 с.
68. Кондратьев, Ф.В. Судьба больных шизофренией (клиникосоциальный и судебно-психиатрический аспекты). / Ф.В. Кондратьев// М: Изд-во ЗАО Юстицинформ. – 2010; 402.
69. Конохова, М.В., Лобанова В.М. Небредовая ипохондрия у больных шизофренией. Психические расстройства в общей медицине. – 2019;2-3:4-13.
70. Концевой, О. В. Особенности клиники и терапии шизофрении у больных с чертами психического инфантилизма до начала заболевания: автореф. дис... канд. мед. наук: Концевой Олег Владимирович. – М., 1987. – 15 с.
71. Концевой, О. В. Особенности клиники и терапии шизофрении у больных с чертами психического инфантилизма до начала заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Концевой Олег Владимирович. – М., 1987. – 15 с.
72. Коркина, М. В. Психиатрия / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.
73. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 3. М 1913; 1: 264—278.
74. Корсаков, С.С. Курс психиатрии. Издание 3-е (посмертное). М: Типо-литография В. Рихтер 1913; т. I: 523; т. II: 340.
75. Корсаков, С.С. Курс психиатрии. Том I-й. М. Типо-литография В. Рихтера 1901г.

677 с.

76. Корсаков, С. С. Курс психиатрии. Издание второе (посмертное, переработанное автором) / С. С. Корсаков. – М.: Типо-литография В. Рихтеръ, 1901. – С. 1040-1053.
77. Костюк, Г.П. Сравнительный анализ разделов фармакотерапии национальных клинических руководств по диагностике и лечению шизофрении. / Г.П. Костюк, А.М. Резник, А.Н, Ханнанова // Социальная и клиническая психиатрия. 2015;25(1):87-97.
78. Коцюбинский, А. П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии: биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы: монография - Санкт-Петербург: СпецЛит. – 2017
79. Коцюбинский, А.П. Шизофрения. / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. // Ст-Петербург: Гиппократ. –2004. – 336.
80. Краснушкин, Е. К. Психогении военного времени / Е. К. Краснушкин // Нервные и психические заболевания военного времени: Сб. науч. работ. – М., 1948. – С. 245-252.
81. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – М.: издательство МГУ, 1991. – 256 с.
82. Критская, В. П. Патопсихология шизофрении / В. П. Критская, Т. К. Мелешко. – М.: издательство Институт психологии РАН, 2015. – 389 с.
83. Крылов, В.И. Вариативность клинических проявлений психических и поведенческих расстройств (значение для диагностики и систематики). / В.И. Крылов// Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2018; 01:4-6.
84. Вассерман, Л.И. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств/ Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова // СПЖ. – 2010. №38.
85. Левинсон, А.Я. Истинные психогении на фоне шизофрении. / А.Я. Левенсон// Труды психиатрической клиники им. С.С. Корсакова. – М: 1937; 2: 6: 37—69.

86. Либерман, Ю.И. О закономерностях развития непрерывно-поступательной формы шизофрении по данным эпидемиологического изучения. / Ю.И. Либерман// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1968;67:1:126-135.
87. Лукьянова, Л. Л. Бедная симптомами шизофрения (клинико-генеалогическое исследование): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Лукьянова Лариса Леонидовна. – М., 1989. – 23 с.
88. Мазаева, Н.А. Изменения личности при различных типах течения периодической шизофрении/ Н.А. Мазаева // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1969. - Т.69. - Вып. 11. - С. 1697-1702.
89. Максимов, В. И. Исходы бедной симптомами вялотекущей шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Максимов Вячеслав Иванович. – М., 1987. – 20 с.
90. Макушкин, Е.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению инфантилизма у несовершеннолетних. / Е.В. Макушкин, В.Д. Бадмаева, В.Ф. Шалимов, Д.С. Ошевский, Н.А. Александрова // М. – 2015.
91. Малыгин, В.Л., Троицкий, М.С., Хренов, П.А. Соматоформные расстройства в отечественной литературе (краткий литературный обзор) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/somatoformnye-rasstroystva-v-otechestvennoy-literature-kratkiy-literaturnyy-obzor>.
92. Малиновский, П. П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике / Соч. П. Малиновского. – СПб.: Тип. К. Крайя, 1847. – 324 с.
93. Меграбян, А.А. Общая психопатология. / А.А. Меграбян// М.: Медицина; 1972.
94. Мелехов, Д. Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза) / Д. Е. Мелехов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1981. – Т.81. – No1. С. 128-138.
95. Мелехов, Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов//. – М., 1963. – 198 с.

96. Мелехов, Д.Е Шизофрения с истерическими проявлениями. / Д.Е. Мелехов, С.А. Шубина, С.И. Коган, Р.И. Резник // В кн.: Труды института им. П.Б. Ганнушкина, вып. 1. М. – 1936. – 91–126.
97. Мерлин, В. С. Психология индивидуальности / В. С. Мерлин// – Воронеж: «Модэк». – 1996. – 448 с.
98. Молочек, А.И. Динамика дефектных состояний при шизофрении. дисс. ...док. мед. наук: М. – 1944. – 56 с.
99. Морозов, В.М. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении. / В.М. Морозов., Р.А. Наджаров // Журн. неврол. и психиат. 1956; 56: 2: 937-941.
100. Морозов, В.М. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. / В.М. Морозов, Ю.К. Тарасов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1950;59(Т.4). – 44-47.
101. Мосолов, С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. / С.Н. Мосолов// М.: Новый цвет; 2001.
102. Муратов, В. А. Истерия и истерический характер у детей: Лечение и медико-воспитат. меры: [Речь, чит. в годич. заседании О-ва дет. врачей в Москве 1898 г. 18 февр.]. – М.: типо-лит. В. Рихтер, 1898. – 26 с.
103. Мухорина, А.К. Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия): дис. канд. мед. наук: Мухорина Анна Константиновна. – М. – 2018. – 239 с.
104. Наджаров, Р.А. Формы течения шизофрении. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. / Р.А. Наджаров// Под ред. А.В. Снежневского. – М: Медицина. – 1972; 1: 31—76.
105. Нефедьев, О. П. Длительные стойкие ремиссии стенического круга при малопрогрессирующей шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Нефедьев Олег Павлович. – М., 1983. – 20 с.
106. Овсянников, С. А. О вялопротекающей шизофрении с истерическими проявлениями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Овсянников Сергей Алексеевич.

- М., 1972. – 25 с.
107. Омельченко, М. А. Негативные симптомы на инициальном этапе шизофрении в юношеском возрасте (современные аспекты дифференциально-диагностической оценки и терапии) / М. А. Омельченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – №4-2. – С. 41-48.
108. Павлова, Л.К. Ипохондрические ремиссии при шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Павлова Любовь Константиновна. – М. – 2009. – 213 с.
109. Пантелеева, Г.П. О вялопротекающей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Пантелеева Галина Петровна. – М. – 1965. – 198 с.
110. Пантелеева, Г. П. Гебоидная шизофрения / Г. П. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская, Б. С. Беляев. – М.: Медицина, 1986. – 192 с.
111. Пекунова, Л.Г. О некоторых особенностях преморбида больных юношеской злокачественно прогрессивной шизофренией/ Л.Г. Пекунова// — Журн. невропатологии и психиатрии. – 1974, вып. 3. – 433—439 с.
112. Перельман, А. А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез / А. А. Перельман. – Томск: ТМИ, 1944. – 138 с.
113. Петровский, В.А. Психология неадаптивной активности. /В.А. Петровский// М. – 1992. – 223 с.
114. Пинаева, Е. В. Пограничная эротомания (вопросы клиники и терапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Пинаева Екатерина Владимировна. – М., 2002. – 23 с.
115. Потапов, А.В. Стандартизованные клиничко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении/популяционное, фармако-эпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Потапов Андрей Владимирович. – М. – 2010. –176 с.
116. Розенбах, П. Я. Истерия и неврастения в общедоступном изложении / [Соч.] Д-ра мед. П.Я. Розенбаха, прив.-доц. Воен.-мед. акад. – СПб.: тип. т-ва «Нар. Польза», 1899. – 62 с.

117. Розенбах, П. Я. Истерия и неврастения в общедоступном изложении / [Соч.] Д-ра мед. П.Я. Розенбаха, прив.-доц. Воен.-мед. акад. – СПб.: тип. т-ва «Нар. Польза», 1899. – 62 с.
118. Романов, Д.В. Экзистенциальные кризы в дебюте небредовой ипохондрии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Романов Дмитрий Владимирович. – М. – 2008.
119. Ромасенко, Л. В. Истерические проявления при шизофрении (судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Ромасенко Любовь Владимировна. – М., 1978. – 19 с.
120. Ромасенко, Л.В. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной практике/ Л.В. Ромасенко, В.В. Вандыш-Бубко, С.С. Никитин// Нервно-мышечные болезни. – 2019;9(2):37–42 с.
121. Ромасенко, Л. В. Истерические проявления при шизофрении (судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Ромасенко Любовь Владимировна. – М., 1978. – 19 с.
122. Руженков, В.А. Методика диагностики личностной зрелости. / В.А. Руженков, И.С. Лукьянцева// Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2016;26: 247 с.
123. Русалов, В. М. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В) / В. М. Русалов, О. Н. Манолова. – М., 2003. – 100 с.
124. Саблер, В.Ф.,1845 (Цит.: Баженов Н.Н. «История Московского Доллгауза, ныне Московской городской Преображенской больницы для душевнобольных»). – М. –1909; 128.
125. Самойлова, Е.Д. Истеро-обсессивный синдром на модели шизофрении и расстройств шизофренического спектра / Е.Д. Самойлова, Е.В. Колюцкая, В.М. Лобанова// Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – год – № - стр
126. Сафонов, Д.Н. Особенности психомоторных и поведенческих нарушений при кататоноформных состояниях диссоциативного и нейролептического генеза. Медична психологія. – 2018,13(3):67-71 с.
127. Семке, В. Я. Истерические состояния / В. Я. Семке. – М.: Медицина, 1988. –

- 224 с.
128. Сербский, В. Л. Психиатрия: руководство к изучению душевных болезней - 2-е испр. и доп. изд. - Москва: Студенческая мед. изд. комиссия им. Н. И. Пирогова, 1912. - 654, [4], XVI с.: ил.; 26 см.
129. Серегина, А. А. Социально-психологические условия преодоления инфантилизма у безработной молодежи: дис. ... канд. псих. наук: Серегина Анна Александровна. - Москва, 2006. - 250 с.
130. Симсон, Т. П. О шизоидных истериках / Т. П. Симсон // В кн.: 1-й Всеросс. съезд по психоневр. – М., 1923. – 9-15 с.
131. Симсон, Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М: Изд-во АМН –1948; 136 с.
132. Симсон, Т. П. Психоневрология детского возраста / Т. П. Симсон, М.М. Модель, Л. И. Гальперин. – М., Л.: Биомедгиз, 1935. – 372 с.
133. Симсон, Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М: Изд-во АМН –1948; 136 с.
134. Смулевич, А.Б. Вялотекущая шизофрения. В кн.: Руководство по психиатрии. – М: Медицина 1999; 1: 437—446 с.
135. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. – М: МЕДпресс-информ 2009; 256 с.
136. Смулевич, А.Б. Малопроредиентная шизофрения и пограничные состояния. 3-е изд. 2017.
137. Смулевич, А.Б. Расстройства личности и шизофрения /А.Б. Смулевич// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011;111(1):8-15 с.
138. Смулевич, А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике/ А.Б. Смулевич// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016;116(1):4-9 с.
139. Смулевич, А.Б. Ипохондрия как патология личности к проблеме постаддиктивной ипохондрии/ А.Б. Смулевич, Б.А. Волель, Д.В. Романов// Журнал неврологии и психиатрии. – 2008; 108: 10: 4—12 с.
140. Смулевич, А.Б. Депрессии — актуальные проблемы систематики/ А.Б.

- Смулевич, Э.Б. Дубницкая// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012;112:11:11-20 с.
141. Смулевич, А.Б. Истерия и эндогенно-процессуальная патология: комментарий к обзору литературы С.М. Попова «История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах» (Психиатрия. 2019;17(4):90–101) / А.Б. Смулевич, В.О. Жилин, В.М. Лобанова// Психиатрия. – 2020;18(2):46–50 с.
142. Смулевич, А.Б. Негативные и позитивные расстройства при шизофрении (аспекты созависимости, психопатологии, патогенеза) / А.Б. Смулевич, Т.П. Ключник, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020;120(6):13-22 с.
143. Смулевич, А.Б. Постстрессовый синдром и эндогенные заболевания/ А.Б. Смулевич, Е.В. Колюцкая, Н.А. Алмаев и др.// В кн.: Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского. – М – 2004; 147—159 с.
144. Смулевич, А.Б. Об одном из вариантов стойких психопатоподобных состояний у больных малопргредиентной шизофренией/ А.Б. Смулевич, О.П. Нефедьев, В.А. Орлова и др.// Журнал невропатологии и психиатрии – 1983;
145. Смулевич, А.Б. 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 имени С.С. Корсакова. – 2018;118(11):4–14 с.
146. Смулевич, А.Б. Расстройства возрастной идентичности (инфантилизм/пуэрилизм) в пространстве психических заболеваний эндогенного круга/ А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин// Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2020;120(1):7–19 с.
147. Смулевич, А.Б. Диссоциация при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (ч. II. гл. 2) / А.Б. Смулевич// В кн.: Малопргредиентная шизофрения и пограничные состояния. 4-е изд. Москва: МЕДпресс-информ. – 2019:209–225 с.

148. Смулевич, А.Б. Расстройства личности и шизофрения/ А.Б. Смулевич// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011(1):8-15 с.
149. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич. – М.: Изд-во «Чеховский печатный двор», 2017. – 304 с.
150. Смулевич, А. Б. Астения в психопатологическом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция астенического дефекта в аспекте современных моделей негативных расстройств) / А. Б. Смулевич, Г. С. Харькова, В. М. Лобанова, Е. И. Воронова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – №5. – С. 7-14 с.
151. Смулевич, А. Б. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении) / А. Б. Смулевич, К. Н. Германова, В. В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – №5. – С. 4-12 с.
152. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 330 с.
153. Смулевич, А. Б. Реактивные депрессии у больных шизофренией / А. Б. Смулевич, Н. А. Ильина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2013. – Т.113. – №11. – С. 23-27 с.
154. Смулевич, А. Б. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра / А. Б. Смулевич, А. К. Мухорина, Е. И. Воронова, Д. В. Романов // Психиатрия. – 2016. – №72. – С. 5-19 с.
155. Смулевич, А. Б. Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Фарматека: международный медицинский журнал. – 2006. – №7. – С. 71-76 с.
156. Смулевич, А. Б. Шизофрения или группа эндогенных заболеваний? История и современность / А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т.115. – №8. – С. 4-12 с.
157. Смулевич, А. Б. Эволюция учения о шизофреническом дефекте / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, Е. И. Воронова, А. К. Мухорина, В. В. Читлова, О. Ю.

- Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т.117. – №9. – С. 4-14 с.
158. Смулевич, А.Б. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация) / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, А. К. Мухорина, Ю. А. Атаджыкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т.117. – №1. – С. 5-16 с.
159. Снежневский, А. В. Nosos et pathos Schizophreniae / А. В. Снежневский. В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование; под ред. Снежневского А.В. – М.: Медицина, 1972. – С. 5-15 с.
160. Снежневский, А.В. Шизофрения. Цикл лекций. – 1964.
161. Снежневский, А. В. Руководство по психиатрии / А. В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. – Т.1. – 480 с
162. Снежневский, А. В. Шизофрения: клиника и патогенез / А. В. Снежневский. – М.: Медицина, 1969. – 460 с.
163. Старицын, А.С. Шизофрения как системное личностно-конституциональное расстройство. / А.С. Старицын. – Челябинск. – 2012. – 310 с.
164. Субботская, Н.В. Психопатоподобные депрессии с истерическими расстройствами. Ч. 1 / Н. В. Субботская // Психиатрия. – 2018. – №77. – 32-38 с.
165. Субботская, Н. В. Психопатоподобные депрессии с истерическими расстройствами. Ч. 1 / Н. В.
166. Сулейманов, Р.А. Об одном из вариантов нарушения самосознания у больных латентной шизофренией / Р. А. Сулейманов, М. С. Артемьева, И. Е. Данилин // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2011. – №3. – 79-81 с.
167. Суханов, С.А. Семиотика и диагностика душевных болезней (в связи с уходом за больными и лечением их). Ч. 3 / С. А. Суханов. – М.: товарищество типографии А.И. Мамонтова, 1905. – 180 с.
168. Сухарева, Г.Е. К проблеме дефектности при мягких формах шизофрении/ Г.Е. Сухарева// Сов невропатол психиат и психогиг. – 1933; 2: 5: 24—38 с.
169. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста/ Г.Е. Сухарева// В 3 т. Т. 2. –М.: Медгиз. –1959.

170. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). М.: Медицина – 1974.
171. Сухарева, Г.Е. О проблемах дефекта при мягких формах шизофрении. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1933;2:28-34 с.
172. Тиганов, А. С. Психиатрия. Руководство для врачей в двух томах под ред. А. С. Тиганова. Т. I. – М.: Медицина, 2012. – 807 с.
173. Турова, З.Г. Психогенный пуэрилизм в судебно-психиатрической клинике. /З.Г. Турова// Журн. «Проблемы судебной психиатрии». –М. 1954; 74-85 с.
174. Турова, З. Г. Психогенный пуэрилизм в судебно-психиатрической клинике / З. Г. Турова // В кн.: Пробл. суд. психиат., под ред. Г. В. Морозова, сб. 8 – М., 1959. – 124 с.
175. Фаворина, В.Н. О конечных состояниях гебефренической формы шизофрении/ В.Н. Фаворина// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1964;4:592 с.
176. Фелинская, Н.И. О структуре и динамике реактивных психозов/ Н.И. Фелинская// Труды 4-го всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – 1965. — Т.5. — 24-32 с.
177. Фелинская, Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н. И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968. – 292 с.
178. Фильц, А.О. Истерическая психопатия (клинико-генеалогическое исследование): дис. ...канд. мед. наук: Фильц Александр Орестович. – М. – 1988. 211 с.
179. Фридман, Б.Д. К изучению влияния процесса на характер при мягко протекающих формах шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. М—Л 1933; 101—106 с.
180. Харьковова, Г. С. Астения в структуре негативных расстройств шизофрении / Г. С. Харьковова // Психиатрия. – 2016 – Т.71. – №3. – С. 84-85. 151.
181. Харьковова, Г. С. Шизоастения: клиника и терапия (на модели ипохондрической шизофрении): автореф. дис. ... кан. мед. наук: Харьковова Галина Сергеевна. – М., 2020. – 24 с.

182. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учеб. для студентов мед. вузов / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
183. Цуцуйковская, М.Я. Исследование психического инфантилизма больных юношеской шизофренией/ М.Я. Цуцуйковская, Э.И. Минскер, Л.Г. Пекунова// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1975;75(1):102-110 с.
184. Чиж, В.Ф. Истерическое помешательство, психоистерия, истерические психозы: Учебник психиатрии. / В.Ф. Чиж// Киев: Сотрудник. – 1911:338–345 с.
185. Чугунов, В.В. Критерии и клинический инструментарий дифференциальной диагностики эндогенной кататонии и расстройств диссоциативного спектра. («Шкала различения эндогенной кататонии», шаг 2) / В.В. Чугунов, И.В. Линский, Д.Н. Сафонов, А.Д. Городокин// Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016,7(3):337-352 с.
186. Шахламов, А. В. Шизофрения, протекающая по типу псевдонеvroза: дис. ... канд. мед. наук: Шахламов Александр Владимирович. – М., 1989. – 179 с.
187. Шевалев, Е.А. О затухании бреда // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1938. - Т. VII, вып. 6. - С. 3-17.
188. Шевалёв, Е.А. О затухании бреда. Невропатол и психиатр 1938; 7: 6: 3—17.
189. Шевалёв, Е.А. Течение и исход реактивных состояний, связанных с психической травмой/ Е.А. Шевалев// Журнал невропатологии и психиатрии. – 1937; 6: 9: 3—20 с.
190. Шендерова, В. Л. Пфрпрофшизофрения: Автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / АМН СССР. - Москва: [б. и.], 1965. - 16 с.
191. Шендерова, В.Л. Клинико-генеалогическое исследование юношеской непрерывной шизофрении: Дис... д-ра мед. наук. – М. – 1974.
192. Шмаонова, Л.М. Популяционные закономерности динамики приступов и ремиссий у больных эндогенными психозами/ Л.М. Шмаонова, Ю.И. Либерман,

- Е.Н. Хохлов// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985;5:730-736 с.
193. Шмаонова, Л.М. Клиника вялотекущей шизофрении по данным отдаленного катамнеза/ Л.М. Шмаонова// Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1966;8:1241–1250 с.
194. Шостакович, Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий: дисс. ... докт. мед. наук: Шостакович Борис Владимирович. – М., 1971. – 449 с.
195. Штернберг, Э. Я. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Э. Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1981. – 192 с.
196. Эдельштейн, А. О. Исходные состояния шизофрении / А. О. Эдельштейн. – М.: Издание 1-го ММИ, 1938. – 114 с.
197. Эй, А. (Еу Н.) Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии. Пер. с фр.; Предисл. Гаррабе Ж. Киев: Сфера. – 1998.
198. Юдин, Т.И. Психопатические конституции/ Т.И. Юдин// Москва. – 1926. – 167 с.
199. Юдин, Т. И. Шизофрения как первичный дефект-психоз / Т. И. Юдин// Труды ЦИП Министерства здравоохранения РСФСР. – Л., 1941. – Т.2. – 48-56 с.
200. Юрьева, О.П. О типах дизонтогенеза у детей больных шизофренией/ О.П. Юрьева// Журнал невропатол. и психиатр. – 1970, т.70, в.8, с. 1229-1235 с.
201. Ястребов, В. С. Длительные внутрибольничные ремиссии при шизофрении (вопросы клиники и социально-трудовой адаптации): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Ястребов Василий Степанович. – М.,1977. – 22 с.
202. Ястребов, Д.В. Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Ястребов Денис Васильевич. – М., 2000. – 45 с.
203. Ackner, B. Depersonalization I. Aetiology and phenomenology. / B. Ackner// Journal of Mental Science. –1954; 100:838-853.
204. Adrian, Raine. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria/ Adrian Raine, D.Phil// Schizophrenia Bulletin, Volume 17, Issue 4. – 1991, Pages 555–564.

205. Alan, S. Bellack, Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications/ Alan S. Bellack// Schizophrenia Bulletin, Volume 32, Issue 3, July 2006, Pages 432–442
206. Andersen, J. Psychogenic psychoses: a retrospective study with special reference to clinical course and prognosis. / J. Andersen, H. Laerum// Acta Psychiatr Scand. – 1980;62:331-342.
207. Andral, G. *Precis D'Anatomie Pathologique*. - 1829.
208. Andreasen, N.C. (1984) The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, Iowa: The University of Iowa. Andreasen, N. C. Negative vs positive schizophrenia. Definition and validation / N. C. Andreasen, S. Olsen // Arch Gen Psychiatry. – 1982. – №39. – P. 789-794.
209. Anton, G. Über Form und Ursachen des Infantilismus / G. Anton. – Münch. med. Wochenschr, 1906. – 578 p.
210. Arieti, S. Interpretation of schizophrenia/ S. Arieti// Basic Books Inc., New York. – 1974.
211. Astrup, C. A follow-up study of 270 patients with acute affective psychoses/ C. Astrup, A. Fossum, R. Holmboe// Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica. – 1959; 34(135):1-65.
212. Azorin, J. M. Negative symptoms in schizophrenia: where we have been and where we are heading / J. M. Azorin, R. Belzeaux, M. Adida // CNS Neuroscience and Therapeutics. – 2014. – Vol. 20. – P. 801-808.
213. Barahona, F. Mecanismo de acção da leucotomia. A sintonização regressiva e a minus-função relativa do sistema fronto-orbitário e suas conexões subcorticais / F. Barahona // Actas Luso-Espanólas de neurologia y psiquiatria. – 1949. – №8. – P. 274-295.
214. Barich, D. Arch. Klaus-Stiftg, Zürich. – 1946;21:1/2.
215. Bariş, O. Yildirim, A treatise on secondary psychopathy: Psychobiological pathways to severe antisociality/ Bariş O. Yildirim// Aggression and Violent Behavior, Volume 31. – 2016, Pages 165-185
216. Beck, A.T. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy/ A.T. Beck,

- N.A. Rector// *Annu Rev Clin Psychol.* – 2005; 1:577-606.
217. Ben-Zeev, D. Comparing retrospective reports to real-time/real-place mobile assessments in individuals with schizophrenia and a nonclinical comparison group/ D. Ben-Zeev, G.J. McHugo, H. Xie, K. Dobbins, M.A. Young// *Schizophr Bull.* 2012; 38(3):396-404.
218. Berrios, G. Positive and Negative Symptoms and Jackson/ G. Berrios// *Archives of General Psychiatry.* – 1985; 42(1):95.
219. Berry, K. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature/ K. Berry, S. Ford, L. Jellicoe-Jones, G. Haddock// *Clinical Psychology Review.* 2013; 33:526–538.
220. Bersein, D.P. Schizoid and Avoidant Personality Disorders/ D.P. Bersein, A. Arntz L. Travaglini//In: *Oxford Textbook of Psychopathology.* Oxford University Press. – 2009.
221. Berze, J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität/ J. Berze// Berlin. – 1914.
222. Berze, J. Psychologie der Schizophrenie / J. Berze, H. W. Gruhle //Monogr. Gesamtgeb. Neur. Psychiat. – Springer, Berlin, 1929.
223. Bilikiewicz, T. *Psychiatria Kliniczna*/ T. Bilikiewicz// Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. – 1969.
224. Birnbaum, K. Über degenerativ Verschrobene / K. Birnbaum // *Monatschr Psychiatr Neurologie.* – 1906. – № 21. – S. 308-320.
225. Bleuler, E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* / E. Bleuler. – Leipzig, Germany: Deuticke, 1911.
226. Bleuler, E. *Lehrbuch der Psychiatrie. Dritte Auflage*/ E. Bleuler. – Berlin Heidelberg GMBH. Springer—Verlag. 1920; 539.
227. Bleuler, M. *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*/ M. Bleuler// Stuttgart: Georg Thieme. – 1972.
228. Bleuler, M. *Endokrinologische Psychiatrie*/ M. Bleuler//Schtuttgart: Thieme. – 1954.
229. Bleuler, M. *The schizophrenic disorders: Long-term patients and family studies.*

- London: Yale University Press. – 1978.
230. Bleuler, M. Der langfristige Verlauf schizophrener psychosen/ M. Bleuler, G. Huber, G. Gross, R. Schüttler // Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. - Nervenarzt, 1976. Bd. 47. - S. 477-481.
231. Blum, L.H. Depressed mood in individuals with schizophrenia: A comparison of retrospective and real-time measures./ L.H. Blum, J. Vakhrusheva, A. Saperstein, S. Khan, R.W. Chang, M.C. Hansen, V. Zemon, D. Kimhy// Psychiatry Res.2015;227(2-3):318-323.
232. Boone, K.B. Assessment of neurocognitive performance validity/ K.B. Boone// In J. Ricker & J. Morgan (Eds.), Textbook of Clinical Neuropsychology (2nd edition). New York: Taylor and Francis. – 2018.
233. Broome, M. A neuroscience of hysteria? Current Opinion in Psychiatry. 2004, 17(6):465-469.
234. Brown, R.J. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V// R.J. Brown, E. Cardena, E. Nijenhuis. V. Sar., O. van der Hart// Psychosomatics. – 2007; 48:369–378.
235. Bumke, O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten/ O. Bumke// Edition 2. – 1924. München, Bergmann. – p. 1176.
236. Carlson, E. B. An update on the Dissociative Experiences Scale/ E.B. Carlson, F.W. Putnam// Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders. – 1993; 6(1), 16 –27.
237. Carpenter, W.T. Treatment of negative symptoms/ W.T. Carpenter, D.W. Heinrichs, L.D. Alphs// Schizophr Bull. – 1985; 11(3):440-452.
238. Carpenter, W. T. Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: the Concept / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, A.M.I. Wagman // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – №5. – P. 578-583.
239. Carpenter, W. T. Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: the Concept / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, A.M.I. Wagman // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 152. – №7. – P. 435-523.
240. Chadwick, P.K. Delusional thinking from the inside: paranoia and personal growth/ P.K. Chadwick// In: Persecutory Delusions. Assessment, Theory, and

- Treatment. Eds. D. Freeman, R. Bentall, P. Gaqrety. Oxford University Press. – 2008; 3—19.
241. Chang, W.C. Persistent negative symptoms in first-episode schizophrenia: a prospective three-year follow-up study/ W.C. Chang, C.L. Hui, J.Y. Tang, G.H. Wong, M.M. Lam, S.K. Chan, E.Y. Chen// *Schizophr Res.* – 2011;133. – p. 22-28.
242. Charcot, Jean-Martin. *Leçons du mardi à la Salpêtrière* / Jean-Martin Charcot. – Paris, 1888. – P. 654.
243. Charpentier, R. Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité/ R. Charpentier, P. Courbon// *L'Encéphale.* – 1909; 10:319-329.
244. Chase, T. Apathy in Neuropsychiatric Disease: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment / T. Chase // *Neurotox Res.* – 2010. – Vol. 19. – №2. – P. 266-278.
245. Chavan, B. S. A clinical study of reactive psychosis / B. S. Chavan, P. Kulhara // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1988. – Vol. 78. – №6. – P. 712–715.
246. Chavan, B. S. A clinical study of reactive psychosis / B. S. Chavan, P. Kulhara // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1988. – Vol. 79. – №7. – P. 612–635.
247. Chovil, I. Reflections on Schizophrenia, Learned Helplessness/Dependence, and Recovery/ I. Chovil// *Psychiatric Rehabilitation Journal.* – 2005; 29(1). – p. 69-71.
248. Clark, R. E. Psychoses, Income, and Occupational Prestige / R. E. Clark // *Americal Journal of sociology.* – 1949. – Vol. 54. – №5. – P. 433-440.
249. Claude, H. Sur une Nouvelle Forme de Puérilisme Mentale — Le Puérilisme Schizomaniaque/ H. Claude, G. Robin G// *L'Encéph.* – 1925; 6.
250. Claude, H. Démence précoce, schizomanie et schizophrénie / H. Claude, A. Borel, G. Rolin // *Ann.med.psychol.* – 1923. – №81. – P. 1-15.
251. Claude, H. Sur une Nouvelle Forme de Puérilisme Mentale - Le Puérilisme Schizomaniaque / H. Claude, G. Robin // *Ence'phale.* – 1925, Vol. 20. P. 389-398.
252. Clérambault, D. *L'Automatisme mental* par De Clérambault; Département psychiatrique Théraplix, 1942 (with Jean Fretet).
253. Clérambault, G. Les psychoses passionelles / G. Clérambault // In: *Oeuvre Psychiatrique.* Vol. 1. – Paris: Presses Universitaires de France, 1942. – P. 323-327.
254. Clérambault, G. Psychose à base d'automatisme et syndrome d'automatisme / G.

- Clérambault // *Annales med. psychol.* – 1927. – №1. – P. 193-236.
255. Conoscenti, M.A. Dissociation in Effective Treatment and Behavioral Phenotype Between Stress-Enhanced Fear Learning and Learned Helplessness/ M.A. Conoscenti, M.S. Fanselow// *Front Behav Neurosci.* 2019; 13:104.
256. Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahnes / K. Conrad. – Stuttgart, 1958. – 165 p.
257. Crow, T. The Two-syndrome concept: Origins and status/ T. Crow// *Schizophrenia Bulletin.* – 1985; 11(3):471-488.
258. Cuesta, M.J. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis/ M.J. Cuesta, P. Gil, M. Artamendi, J.F. Serrano, V. Peralta// *Schizophr Res.* – 2002;58(2-3):273-280.
259. Dabholkar, P. Use of ECT in Hysterical Catatonia/ P. Dabholkar// *British Journal of Psychiatry.* – 1988, 153(2):246-247.
260. David, AS. Insight and psychosis: the next 30 years/ A.S. David// *Br J Psychiatry.* – 2020 Sep; 217(3):521-523.
261. Davidson, P.W. Depersonalization phenomena in 214 adult psychiatric in-patients/ P.W. Davidson// *Psychiatric Quarterly.* – 1966; 40:702-722.
262. De Sanctis, S. On some types of inferior mentality/ S. De Sanctis//In: *Proceedings of the 5th International Congress of Psychology, Forzani: Rome.* – 1905; 576-587.
263. Delay, J. La millen familial des schizophrenes/ J. Delay, P. Deniker, A. Green// *Encephallm.* – 1962; 51:1:5-73.
264. Derogatis, L. R. SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual (3rd ed.) / L.R. Derogatis// Minneapolis, MN: NCS Pearson. – 1994.
265. Di Gaspero, WH. *Archiv f. Psychiatrie.* – 1908;43:28:2.
266. Diem, O. The simple dementing form of dementia Praecox (Die einfach demente Form der Dementia praecox) / O. Diem // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* – 1903. – Vol. 37. – S. 111-187. Translated and reprinted in J. Cutting and M. Shepard, eds. *The clinical roots of the schizophrenia concept.* – Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
267. Dupré, E. Un syndrome psychopathique particulier; le puérilisme mental / E.

- Dupré. – C. R. Congres des Medecins alienistes et neurologistes de France. – 1903. – Vol. 2. – 268 p.
268. Durgam, S. Cariprazine in acute exacerbation of schizophrenia: a fixed-dose, phase 3, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled trial/ S. Durgam, A.J. Cutler, K. Lu, R. Migliore, A. Ruth, I. Laszlovszky, G. Németh, H.Y. Meltzer// *J Clin Psychiatry*. – 2015; 76(12):e1574-82.
269. Durgam, S. An evaluation of the safety and efficacy of cariprazine in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a phase II, randomized clinical trial/ S. Durgam, A. Starace, D. Li, R. Migliore, A. Ruth, G. Németh, I. Laszlovszky// *Schizophr Res*. – 2014;152(2-3):450-457.
270. Easser, B. R. Hysterical personality: A re-evaluation / B. R. Easser, S. R. Lesser // *Psychoanalytic Quarterly*. – 1965. – Vol. 34. – P. 390–405.
271. Erhardt, S. The kynurenine pathway in schizophrenia and bipolar disorder/ S. Erhardt, L. Schwieler, S. Imbeault, G. Engberg// *Neuropharmacology*. – 2017; 112(B):297-306.
272. Ernest, D. Schizophrenia: an information guide / D. Ernest, O. Vuksic, A. Shepard-Smith, E. Webb. – Centre for Addiction and Mental Health. – 2017. – 78 p.
273. Ernst, K. 70-zwanzig-jährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen / K. Ernst, C. Ernst // *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* – 1965. – Vol. 95. – №2. – P. 359-415.
274. Ernst, K. Die Prognose der Neurosen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie / K. Ernst. – Berlin, 1959. – 188 p. 209. Ernst, K. Neurotische und endogene Residualzustände / K. Ernst // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* – 1962. – Vol. 203. – №1. – P. 61-84.
275. Esquirol, J. Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal / J. Esquirol. – Paris: Tircher, 1838.
276. Esser, A. Ueber rein asthenische Endzustände bei Schizophrenie/ A. Esser// *Aerztliche Sachverständigen-Zeitung*. – 1928;1:1-3.
277. Ey, H. Hughlings Jackson's principles and the organo-dynamic concept of psychiatry/ H. Ey. – *Am J Psychiatry*. – 1962; 118:673-682.

278. Ey, H. Schizophrenies/ H. Ey. – *Encycl Med Chir Paris*. – 1955; 37286A:10:2.
279. Ey, H. *Études psychiatriques*. Desclée de Brouwer / H. Ey. – Paris, 1948. – 296 p.
280. Ey, H. Le problème de la délimitation et la définition du groupe des schizophrénies / H. Ey // *Congrès de Zurich, C.R.* – 1957. – P. 144-151.
281. Falret, J. *Societe medico-psychologique*. /J. Falret. – Paris. – 1866.
282. Farina, B. The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension / B. Farina, M. Liotti, C. Imperatori // *Front Psychol.* – 2019. – Vol. 10. – 933. – eCollection2019.
283. Farkas, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services/ M. Farkas//*World Psychiatry*. – 2007; 6: 2: 4—10.
284. Favrod, J. Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial / J. Favrod, A. Nguyen, J. Chaix, et al. // *Psychother Psychosom.* – 2019. – Vol. 88. – №2 – P. 84–95.
285. Fervaha, G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia / G. Fervaha, G. Foussias, O. Agid, G. Remington // *Acta Psychiatr Scand.* – 2014. – Vol. 130. – №4. – P. 290-299.
286. Fervaha, G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome / G. Fervaha, G. Foussias, O. Agid, G. Remington // *Schizophr Res.* – 2015. – Vol. 166. – №1-3. – P. 9-16.
287. Fioravanti, M. A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia / M. Fioravanti, O. Carlone, B. Vitale, et al. // *Neuropsychol Rev.* – 2005. – Vol. 15. – P. 73–95.
288. Fiszdon, J. M. Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status / J. M. Fiszdon, J. R. Fanning, J. K. Johannesen, M. D. Bell // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 205. – №1-2. – P. 25–29.
289. Fleischhacker, W. The efficacy of cariprazine in negative symptoms of schizophrenia: Post hoc analyses of PANSS individual items and PANSS-derived factors/ W. Fleischhacker, S. Galderisi, I. Laszlovszky, B. Szatmári, A. Barabássy, K. Acsai, E. Szalai, J. Harsányi, W. Earley, M. Patel, G. Németh. *Eur Psychiatry*. – 2019; 58:1-9.

290. Fogelson, D.L. Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders/ D.L. Fogelson, K.H. Nuechterlein, R.A. Asarnow, D.L. Payne, K.L. Subotnik, K.C. Jacobson, M.C. Neale, K.S. Kendler// *Schizophrenia Research*. – 2007; 91:1:192-199.
291. Freud, S. Drei abhandlungen zur sexualtheorie / S. Freud. – *Gesammelte werke*: V, 1905. – P. 132-145.
292. Freyhan, F.A. Psychomotilität extrapyramidale Syndrome und Wirkungsweisen neuroleptischer Therapien/ F.A. Freyhan//*Nervenarzt*. – 1957;28:504.
293. Furger, R. Über den familiären Infantilismus als psychiatrisches Problem/ R. Furger// *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat*. – 1963;91:250-259.
294. Galderisi, S. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome/ S. Galderisi, P. Bucci, A. Mucci etc. // *Schizophr Res*. – 2013;147(1):157-162.
295. Galderisi, S. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial/ S. Galderisi, A. Mucci, I. Bitter, J. Libiger etc.//*Eur Neuropsychopharmacol*. – 2013; 22:196-204.
296. Galderisi, S. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions / S. Galderisi, A. Mucci, R. W. Buchanan, C.Arango // *Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – P. 664–677.
297. Galderisi, S. The influence of illnessrelated variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia/ S. Galderisi, A. Rossi, P. Rocca, A. Bertolino, A. Mucci etc. // *World Psychiatry*. –2014; 13(3):275- 287.
298. Gaspero, H. Di. Der psychische infantilismus / di. H. Gaspero // *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*. – 1907. – Vol. 43. P. 28-123.
299. George, M. Understanding the schizophrenia prodrome / M. George, S. Maheshwari, S. Chandran, J. S. Manohar, T. S. Sathyanarayana Rao // *Indian J Psychiatry*. – 2017. – Vol. 59. –№4. – P. 505–509.

300. Ghoreishi, A. Reviewing the Dissociative Symptoms in Patients With Schizophrenia and their Association With Positive and Negative Symptoms / A. Ghoreishi, Z. Shajari // *Iran J Psychiatry Behav Sci.* – 2014. – Vol. 8. – №1. – P. 13–18.
301. Gilbert, A. Les melanodermies d'origine biliare/ A. Gilbert, P. Lereboullet// *Soc Med Des Hop.* – 1902; 2.
302. Giles, J. Adult Baby Syndrome and Age Identity Disorder: Comment on Kise and Nguyen (2011) / J. Giles // *Archives of Sexual Behavior.* – 2012. – Vol. 41. – №2. – P. 321-322.
303. Giles, J. Adult Baby Syndrome and Age Identity Disorder: Comment on Kise and Nguyen (2011) / J. Giles // *Archives of Sexual Behavior.* – 2012. – Vol. 41. – №2. – P. 321-322.
304. Girish, K. Electroconvulsive therapy in Lorazepam non-responsive catatonia. / K. Girish, S.G. Neeraj// *Indian Journal of Psychiatry.* – 2003, 45 (1)21-25.
305. Gitlin, M. J. Pharmacotherapy of personality disorders: Conceptual framework and clinical strategies/ M.J. Gitlin// *Journal of Clinical Psychopharmacology.* – 1993; 13(5), 343–353.
306. Glatzel, J. Autochtone Asthenien / J. Glatzel // *F Neurol Psychiat.* – 1972. – Vol. 8. – P. 596-619.
307. Goodman, W.K. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability/ W.K. Goodman, L.H. Price, S.A. Rasmussen, C. Mazure, R.L. Fleischmann, C.L. Hill, G.R. Heninger, D.S. Charney// *Arch Gen Psychiatry.* – 1989 Nov; 46(11):1006-11.
308. Griesinger, W. *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten.* Stuttgart; 1845.
309. Griesinger, W. Душевные болезни. Пер. с нем. 2-е изд. СПб. – 1867:610. Griesinger W. Dushevnyye bolezni. Per. S nem. 2-e izd. SPb. – 1867:610.
310. Griesinger, W. Душевные болезни. Пер. с нем. СПб. 1881.
311. Gross, G. The «basic» symptoms of schizophrenia/ G. Gross// *Br J Psychiat.* –1989; 155(7):21-25.

312. Gyotat, J. Les schizophrénies / J. Guyotat, G. P. Losson // Cah.méd.lyon. – 1968. – №1. – P. 5-53. 236. Guze, S. B. The role of follow-up studies: Their contribution to diagnostic classification as applied to hysteria / S. B. Guze // Semin. Psychiatr. – 1970. – Vol. 2. – P. 392-402.
313. Haffter, C. Der infantile Mensch im Militärdienst/ C. Haffter// Schweiz Arch Neurol Psychiatr. – 1941;8:196-231.
314. Häfner, H. Schizophrenia and depression: Challenging the paradigm of two separate diseases - A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls / H. Häfner, et al. // Schizophrenia Research. – 2005. – Vol. 77. – №1. – P. 11-24.
315. Hamilton, M. Fish's Clinical psychopathology/ M. Hamilton// Bristol: John Wright & Sons. – 1974.
316. Hartmann, E. Vulnerability to Schizophrenia. Prediction of Adult Schizophrenia Using Childhood Information/ E. Hartmann, E. Milofsky, G. Vaillant et al.// Arch Gen Psychiatry. – 1984; 1: 1050-1056.
317. Haug, K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In: «Handbuch der Geisteskrankheiten». O.Bumke (Hrsg.)/ K. Haug// Berlin: Springer. – 1939.
318. Hecker, E. Die Hebefrenie. Ein Beitrq zur klinischen Psychiatrie/ E. Hecker//Von Dr Ewald Hecker in Görlitz. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin. 1871. – 25, 394-429
319. Herran, A. Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia // A. Herran, D. Sierra-Biddle, M.J. Cuesta, M. Sandoya, J.L. Vazquez-Barquero// Psychiatry Clin Neurosci. – 2006; 60: 538-545.
320. Hogg, B. Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia/ B. Hogg, H.J. Jackson, R.P. Rudd, J. Edwards// J Nerv Ment Dis. – 1990;178:194-199.
321. Hollander, E. Obsessive-Compulsive Related Disorders/ E. Hollander// Washington. DC: American Psychiatric Press. – 1993.
322. Hollender, P. Hysterical psychosis/ P. Hollender. P. Hirsch// American Journal of Psychiatry. – 1964; 120(11):1066-1074.
323. Holmes, E. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and

- some clinical implications/ E. Holmes, R. Brown, W. Mansell, R.P. Fearon, E.C. Hunter, F. Frasquilho, D.A. Oakley// *Clin Psychol Rev.* – 2005;25(1):1-23.
324. Hong, H. Pathophysiological Role of Neuroinflammation in Neurodegenerative Diseases and Psychiatric Disorders/ H. Hong, B.S. Kim, Heh-In Im// *Int Neurol J.* – 2016;20(suppl 1):2-7.
325. Huber, G. Coenestetische schizophrénie / G. Huber // *Fortschr Neurol Psychiatr.* – 1957. – Vol. – 25. – No9. – S. 491-520.
326. Huber, G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien / G. Huber // *Fortschr Neurolog Psychiatr.* – 1976; 44: 77—94.
327. Huber, G. Das Konzeptsubstratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapieschizophrener Erkrankungen / G. Huber // *Nervenarzt.* – 1983. – Vol. 54. – P. 23-32.
328. Hulbert, C. A. Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature/ C.A. Hulbert, H.J. Jackson, P.D. McGorry// *Clinical Psychology Review.* – 1996; 16(8), 707–727.
329. Humpston, C. S. The relationship between different types of dissociation and psychosis-like experiences in a non-clinical sample / C. S. Humpston, E. Walsh, D. A. Oakley, M. A. Mehta, V. Bell, Q. Deeley // *Conscious Cogn.* – 2016. – Vol. 41. – P. 83–92.
330. Ibáñez, A. F. Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: etiopathogenic and nosological implications / A. F. Ibáñez, C. P. Sevillano, E. G. Servén, A. E. Sánchez // *The European Journal of Psychiatry.* – 2014. – Vol. 28. – P. 27-38.
331. Imboden, C. Zur Frage der Combination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie/ C. Imboden// *Allg Z Psychiatr.* – 1908;65:731-777.
332. Irani, F. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies/ F. Irani, S. Kalkstein, E.A. Moberg, P.J. Moberg// *Schizophr Bull.* – 2010; 37:1318–1326.
333. Iznak, A.F. Neurobiological parameters in quantitative prediction of treatment outcome in schizophrenic patients/ A.F. Iznak, E.V. Iznak, T.P. Klyushnik, G.M. Kobel'kov, E.V. Damjanovich, I.V. Oleichik, L.I. Abramova// *Journal of Integrative*

- Neuroscience. – 2018; 17(3):317-329.
334. Jackson, J.H. Remarks on evolution and dissolution of the nervous system/ J.H. Jackson// *J Ment Sci.* – 1887; 33:25-48.
335. Jackson, J.H. Selected writings/ J.H. Jackson// V. 2. London: Staples press. – 1875.
336. Jackson, J. H. Remarks on evolution and dissolution of the nervous system / J. H. Jackson // *J Ment Sci.* – 1887. – Vol. 33. – P. 25-48.
337. Jacobs, D.J. Weitere infantil stigmatisierte Schizophrene und ihre Verwandten/ D.J. Jacobs// *Arch Psychiat Nervenkr.* – 1948;180:432.
338. Jagadeeshan, K. Catatonia in Obsessive Compulsive Disorder/ K. Jagadeeshan, S.H. Nizamie, A. Thakur// *Indian Journal of Psychiatry.* – 2002,179 — 182.
339. Jahrreiss, W. Über Zwangsvorstellungen und Verlauf der Schizophrenie/ W. Jahrreiss//*Arch Psychiat Neurol.* – 1926; 77: 740—788.
340. Janet, P. Un cas de délire somnambulique avec retour à l'enfance/ P. Janet//*L'Encéphale.* – 1908; 7:1172-1174.
341. Janet, P. (Жане П.) Неврозы и фиксированные идеи. Пер. с франц. – Спб., 1903. – 428 с. 250. Janet, P. Un cas de délire somnambulique avec retour à l'enfance / P. Janet // *L'Encéphale.* – 1908. – Vol. 7. – P. 1172-1174.
342. Janet, P. The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents / P. Janet, D. Litt. – N.-Y., London: The Knickerbocker Press, 1901. – 568 p.
343. Janet, P. (Жане П.) Неврозы. – Пер. с франц. М.: Космос, 1911. – 315 с.
344. Janzarik, W. Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen/ W. Janzarik// Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer. – 1959.
345. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie S. Aufl. / K. Jaspers. – Berlin. – Heidelberg.: Springer, 1946. – 748 p.
346. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie. / K. Jaspers. – Berlin. – 1913.
347. Jiménez Gómez, B. Ganser syndrome: review and case report / B. Jiménez, Gómez, J. Quintero // *Actas Esp Psiquiatr.* – 2012. – Vol. 40. – №3. – P. 161–164.
348. Jones, P. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort/ P. Jones, B. Rodgers, R. Murray, M. Marmot// *Lancet*, 344 (8934). –1994;

- pp. 1398-1402
349. Jones, P. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort/ P. Jones, B. Rodgers, R. Murray, M. Marmot// *Lancet*, 344 (8934). –1994; pp. 1398-1402.
350. Gerald, J. “It’s Brought Me a Lot Closer to Who I Am”: A Mixed Methods Study of Posttraumatic Growth and Positive Change Following a First Episode of Psychosis/ J. Gerald, M. Ashok, I. Srividya// *Frontiers in Psychiatry* №10. – 2019. – p.480
351. Jung, C. *Psychologische Typen*/ C. Jung// Olten: Walter-Verlag AG. – 1921.
352. Kahlbaum, K.L. *Die katatonie oder das spannungsirresein*/ K.L. Kahlbaum// Berlin: Hirschwald. – 1874.
353. Kahn, E. *Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus*/ E. Kahn// *Z Ges Neurol Psychiat.* – 1921;66:273-282.
354. Kahn, E. *Hypochondrische Psychopathen* // In. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, hrsg. O. Bumke, Bd. 15, spez. teil 1. – Berlin, 1928. – P. 438-442.
355. Kane, J.M. *Efficacy and Safety of Cariprazine in Acute Exacerbation of Schizophrenia: Results From an International, Phase III Clinical Trial*/ J.M. Kane, S. Zukin, Y. Wang, K. Lu, A. Ruth, K. Nagy, I. Laszlovszky, S. Durgam// *J Clin Psychopharmacol.* – 2015; 35(4):367-373.
356. Kay, S.R. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*/ S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler// *Schizophr Bull.* – 1987;13(2):261-76.
357. Kelley, M.E. *Empirical validation of primary negative symptoms: independence from effects of medication and psychosis*/ M.E. Kelley, D.P. van Kammen, D.N. Allen// *Am J Psychiatry.* – 1999; 156:406-411.
358. Khanna, S. *Schizophrenic pseudo pseudo dementia — a case report*/ S. Khanna, A. Jee// *Indian J Psychiatry.* – 1988; 30(3):307-309.
359. Kirkpatrick, B. *The schedule for the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia*/ B. Kirkpatrick, R.W. Buchanan, P.D. McKenny, L.D. Alphas, W.T. Carpenter Jr// *Psychiatry Research.* – 1989; 3062:119-123.
360. Kirkpatrick, B. *A separate disease within the syndrome of schizophrenia*/ B. Kirkpatrick, R.W. Buchanan, D.E. Ross, Jr W.T. Carpenter// *Arch Gen Psychiatry.* –

- 2001; 58(2):165- 171.
361. Kirkpatrick, B. Risk factors for the deficit syndrome of schizophrenia/ B. Kirkpatrick, D. Castle, R.M. Murray, Jr W.T. Carpenter// Schizophr Bull. –2000; 26(1):233-242.
362. Kirkpatrick, B. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms / B. Kirkpatrick // Schizophr Bull. – 2006. –Vol. 32. – №2. – P. 214-219.
363. Kirkpatrick, B. The Heterogenety of schizophrenia: Implications for research on Biomarcers/ B. Kirkpatrick// Paper presented in: Abstract Book of 15th World Congress of Psychiatry. – 2011.
364. Kirkpatrick, B. The brief negative symptom scale: psychometric properties/ B. Kirkpatrick, G.P. Strauss, L. Nguyen, B.A. Fischer, D.G. Daniel, A. Cienfuegos, S.R. Marder// Schizophrenia bulletin. – 2011; 37(2), 300–305.
365. Kleist, K. Die Katatonie auf grund Katamnestischer Untersuchungen. III Teil. Formen und Verläufe der eigenlichen Katatonie/ K. Kleist, K. Leonhard, H. Schwab//Z.F. Gesamte Neurol und Psychiat 1940; 168: 4—5: 535—586.
366. Klosterkötter, J. Schizophrenia simplex: geht es das // J. Klosterkötter// Nervenarzt. – 1983;54:340-346.
367. Kluft, RP. Dissociative disorders/ R.P. Kluft// In J.A. Talbott, R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds), American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. – 1987:557–586.
368. Kraepelin, E./ E. Kraepelin// In: Psychiatrie. Vol. III. 8th ed. Leipzig: Barth. – 1913.
369. Kraepelin, E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte/ E. Kraepelin// Aufl—Leipzig, Verlag J.A. Barth. – 1915. – p. 103.
370. Kraepelin, E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte/ E. Kraepelin// Leipzig: I.A. Barth. – 1899. – p. 96.
371. Krafft-Ebing, R. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage (Учебник клинической психиатрии), 1879
372. Krafft-Ebing, RV. Учебник психиатрии. В 3 томах. Том 2. Частная патология и терапия помешательства. СПб.: Издание Карла Риккера, Типография А.Е. Ландау. 1882:290.
373. Kretschmer, E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum

- Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten/ E. Kretschmer// Berlin: Springer-Verlag. – 1921.
374. Kretschmer, E. Über Hysterie/ E. Kretschmer// V. 2. Leipzig: Georg Thieme. – 1923.
375. Kretschmer, E. *Медицинская психология*. М. 1927.
376. Kretschmer, E. Кречмер, Э. Стрoение тела и характер. / Э. Кречмер. – Пер. с нем. – М.-Л., 1930. – 304 с.
377. Kretschmer, E. *Медицинская психология*. – М.: Жизнь и знание, 1927. – 349 с.281.
378. Kretschmer, E. Обистерии / E. Kretschmer. Пер. с нем. М.-Л.: Госиздат. – 1923. 160 с.
379. Langfeld, G. The schizophreniform states. A katamnestic study based on individual reexaminations. With special reference to diagnostic and prognostic clues, and with a view to presenting a standard material for comparison with the remissions effected by schock treatment/ G. Langfeld// Copenhagen, Munskgaard, London: Milford. – 1939.
380. Lasègue, E-Ch. Considérations sur la sciatique E-Ch. Lasègue// Arch Gen Med. – 1864;2:558-580.
381. Legrand du Saulle. La folie du doute (avec delire du toucher) / Legrand du Saulle. – Paris, 1875. – 86 p.
382. Leibowitz, M. Hysteroid dysphoria / M. Leibowitz, D. Klein // Psychiatr. Clin. North. Am. – 1979. – Vol. 2. – P. 555-575.
383. Lemos, M. Iufantilisine and psychogenic degeneration/ M. Lemos// New Icon of the Salp. – 1906; 50.
384. Lemperiere, Th. La personnalité histrionique/ Th. Lemperiere// Confr Psychiat. – 1968; 1:53-66.
385. Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen/ K. Leonhard// Berlin: Akademie. – 1957. – p.98
386. Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen/ K. Leonhard// Berlin. – 1980. – p. 118.
387. Leonhard, K. Die defektschizophrenen Krankheitsbilder/ K. Leonhard// Leipzig:

- Verlag. – 1936. – p. 214.
388. Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Akademie. – 1957.
389. Lersch, Ph. Aufbau der Person / Ph. Lersch. – München, 1956.
390. Levy-Valensi, J. Pre´cis de psychiatrie / J. Levy-Valensi. – Paris: Baillie`re, 1939.
391. Lewis, S.W. Obstetric complications, neurodevelopmental deviance, and risk of schizophrenia/ S.W. Lewis, R.M. Murray// J Psychiatr Res. – 1987; 21(4):413-21.
392. Lewis, S.W. Congenital risk factors for schizophrenia/ S.W. Lewis// (Editorial) Psychol Med. –1989; 19:5-13.
393. Liemburg, E. Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders:established and confirmed in two large cohort/ E. Liemburg, S. Castelein, R. Stewart, M. van der Gaag, A. Aleman, H. Knegtering// J. Psychiatr. Res. –2013; 47(6):718–725.
394. Linberg, B. PsychoInfantilism. / B. Linberg// Kopenhagen: Munksgaard. – 1950.
395. Lincoln, T. M. Current developments and challenges in the assessment of negative symptoms / T. M. Lincoln, S. Dollfus, J. Lyne // Schizophr Res. – 2017. – Vol. 186. – P. 8–18.
396. Lindberg, B.J. Psycho-Infantilism/ B.J. Lindberg// Acta psychiatrica et neurologica. Supplementum. – 1950; 1.
397. Löffler-Stastka, H. Validation of the SWAP-200 for diagnosing psychostructural organization in personality disorders/ H. Löffler-Stastka, E. Ponocny-Seliger, M. Fischer-Kern et al//Psychopathology. – 2007; 40: 35—46.
398. López-Díaz, Á. Characterization of deficit schizophrenia and reliability of the bidimensional model of its negative symptomatology / Á. López-Díaz, C. Menéndez-Sampil, A. Pérez-Romero, F. J. Palermo-Zeballos, M. J. Valdés-Florido // Nord J Psychiatry. – 2020. – P. 1–7.
399. Lorain, J. Du féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux./ J. Lorain// Paris. – 1871. – p. 96.
400. Lowy, F. H. Management of the persistent somatizer / F. H. Lowy // Int J Psychiatry Med. – 1975. – Vol. 6. – №1-2. – P. 227–239.

401. Majer-Gross, W. Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie/W. Majer-Gross// *Neurologie und Psychiat.* – 1929; 60: 160—213.
402. Manicavasagar, V. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia/ V. Manicavasagar, D. Silove, R. Wagner, D. Hadzi-Pavlovic// *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* – 1999, 33(3), 422–428.
403. Marder, S. Efficacy of cariprazine across symptom domains in patients with acute exacerbation of schizophrenia: Pooled analyses from 3 phase II/III studies/ S. Marder, W.W. Fleischhacker, W. Earley, K. Lu, Y. Zhong, G. Németh, I. Laszlovszky, E. Szalai, S. Durgam// *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2019; 29(1):127-136.
404. Margetić, B.A. Personality and schizophrenia: psychobiological model and its relationship with comorbidity/ B.A. Margetić, M. Jakovljević, T. Brataljenović, M. Sumić// *Psychiatr Danub.* – 2009; 21(3):356-360.
405. Marin, R. Differential diagnosis and classification of apathy / R. Marin // *American Journal of Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – №1. – P. 22-30.
406. Mattos, P. F. The Concept of Peritraumatic Dissociation: A Qualitative Approach / P. F. Mattos, J. A. Pedrini, J. P. Fiks, M. F. de Mello // *Qual Health Res.* – 2016. – Vol. 26. – №7. – P. 1005–1014.
407. Mauz, F. Der Kompensirte und dekompensirte schizophrene Devert/ F. Mauz// *Seine Prognose und Psychotherapie. Dtsch Med Wschr.* – 1929; 55: 49: 2053— 2055.
408. Mauz, F. Die Prognostik der endogenen Psychosen / F. Mauz. – Leipzig: thieme, 1930. –121 p. 307.
409. Mayer, G.W. Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. *Zeitschrift für die gesamte/ G.W. Mayer// Neurologie und Psychiatrie.* – 1912;13:555-610.
410. Mayer-Gross, W. Die Klinik/ W. Mayer-Gross// In: Beringer K. (eds). *Spezieller Teil.* Berlin, Heidelberg: Springer. – 1932. – 78.
411. McGlashan, T.H. Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia/ T.H. McGlashan, W.S. Fenton// *Arch Gen Psychiatry.* –1992; 49(3):179-184.
412. McWilliams, N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in

- the clinical process/ N. McWilliams// New-York, NY: Guilford. – 1994.
413. Docherty, M. Exploring Primary and Secondary Variants of Psychopathy in Adolescents in Detention and in the Community/ M. Docherty, P. Boxer, L. Rowell Huesmann, M. O'Brien, B.J. Bushman// *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2015. – 17-23.
414. Millon, T. Disorders of Personality/ T. Millon// Hoboken, N.J.: John Wiley. – 2011.
415. Millon, T. Personality disorders in modern life (2nd ed.) / Th. Millon, S. Grossman, C. Millon, S. Meagher, R. Ramnath. – John Wiley & Sons Inc., 2004. – 624 p.
416. Millon, T. Disorders Of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal, Third Edition / Th. Millon. – Hoboken, N.J.: John Wiley, 2011. – 1128 p.
417. Minkowski, E. La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes / E. Minkowski. – Paris: Payot, 1927. – 268 p.
418. Möbius, P. J. Über den Begriff der Hysterie und andere Vorwürfe vorwiegend psychologischer / P. J. Möbius. – Art. Leipzig, Ambr. Abel., 1894. – 210 p.
419. Modestin, J. Follow-up study of hysterical psychosis, reactive/psychogenic psychosis, and schizophrenia/ J. Modestin, P. Sonderegger, T. Erni// *Compr Psychiatry*. – 2001; 42:51-56.
420. Moore, E.A. Comorbid personality traits in schizophrenia: prevalence and clinical characteristics/ E.A. Moore, M.J. Green, V.J. Carr// *J Psychiatr Res*. – 2012;46:353-359.
421. Moran, P. The correlates of co-morbid antisocial personality disorder in schizophrenia/ P. Moran, S. Hodgins// *Schizophrenia Bulletin*. – 2004; 30(4):791-802.
422. Moreau, J. Du Haschich Et de l'Alienation Mentale/ Du J. Moreau – Paris. – 1889.
423. Morel, B. A. Études cliniques sur les maladies mentales considérées dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, 2 vols/ B.A. Morel// Paris/Nancy: Grimblot. – 1851/1852.
424. Moskowitz, A. Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology/ A. Moskowitz, I. Schäfer, M.J. Dorahy// Wiley-Blackwell. – 2008.

425. Mucci, A. Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases / A. Mucci, E. Merlotti, A. Üçok, A. Aleman, S. Galderisi // *Schizophr Res.* – 2017. – Vol. 186. – P. 19-28.
426. Mueser, K.T. Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder in Persons With Severe Psychiatric and Substance Use Disorders/ K.T. Mueser, A.G. Crocker, L.B. Frisman, R.E. Drake, N.H. Covell, S.M. Essock// *Schizophrenia Bulletin.* – 2006;32(4):626-636.
427. Muller, M. *Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie*/ M. Muller// Berlin: Verlag von S. Karger. – 1930; p. 143.
428. Muller, N. The role of inflammation in schizophrenia/ N. Muller, E. Weidinger, B. Leitner, M.J. Schwarz// *Front Neurosci.* – 2015; 9:372.
429. Murray, R.M. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder?/ R.M. Murray, S.W. Lewis// *Br Med J.* – 1987;295:681-682.
430. Németh, G. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial/ G. Németh, I. Laszlovszky, P. Czobor et al. *Lancet.* – 2017; 389(10074):1103-1113.
431. Nestadt, G. An epidemiological study of histrionic personality disorder / G. Nestadt, A. J. Romanoski, R. Chahal, et al. // *Psychol Med.* – 1990. – Vol. 20. – №2. – P. 413–422.
432. Newton-Howes, G. The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling/ G. Newton-Howes, P. Tyrer, B. North et al. // *Psychol Med.* – 2008;38:1075-1082.
433. North, C. S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations / C. S. North // *Behav Sci (Basel).* – 2015. – Vol. 5. – №4. – P. 496–517.
434. Nuechterlein et al. 1992 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395694900124>
435. Nuechterlein, K. H. A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes/ K.H. Nuechterlein, M.E. Dawson // *Schizophrenia Bulletin.* 1984. – 10 (2);

- 300–312.
436. O’Flynn, K. The schizophrenia spectrum personality disorders/ K. O’Flynn, J. Gruzelier, A. Bergman et al. //In: Schizophrenia. Eds. S.R. Hirsch, D.R. Weinberger. Blackwell Publishing. Massachusetts. – 2005; 80—100.
437. Ord, W. Clinical lecture on myxoedema/ W. Ord// British Medical Journal. – 1878; 1:671-672.
438. Bumke, O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten/ O. Bumke// Edition 2, München, Bergmann. – 1924. – p. 1176.
439. Paris, J. Borderline personality disorder/ J. Paris// Can Med Ass J. – 2005; 172: 1579— 1583.
440. Pascal, C. La démence précoce / C. Pascal. – Alcan. edit., Paris, 1911. – 302 p.
441. Pate, J. E. Adult Baby Syndrome / J. E. Pate, G. O. Gabbard // American Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – №11. – P. 1932-1936.
442. Patel, R. Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method/ R. Patel, N. Jayatilleke, M. Broadbent Met al.// BMJ Open. – 2015; 5(9): e007619.
443. Pedraz-Petrozzi, B. Effects of inflammation on the kynurenine pathway in schizophrenia — a systematic review/ B. Pedraz-Petrozzi, O. Elyamany, C. Rummel, C. Mulert// J Neuroinflammation. – 2020; 17(1):56.
444. Peralta, V. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment/ V. Peralta, M.J. Cuesta// Schizophrenia Research. – 2001; 49. – 269-285.
445. Petrilowitch, N. Abnorme Persönlichkeiten/ N. Petrilowitch// Basel/New-York. 1960. – p. 69.
446. Pfuhlmann, B. The catatonic syndrome; etiology and differential diagnosis/ B. Pfuhlmann// Eur Psychiat. – 2010. – p. 14-19.
447. Pinel, P. «Nosographie philosophique, ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine»/P. Pinel// - Paris. – 1802.
448. Pincus, A.L. Contributions to Conceptualizing Personality Disorders/ A.L. Pincus, R.F. Krueger, T. Millon// J Pers Assess. – 2015; 97(6):537-40.

449. Popper, E. Der schizophrene Reaktionstypus/ E. Popper, E. Kahn// *Z Ges Neurol Psychiat.* – 1920;62:194-207.
450. Porot, A. Paralysis generale chez la mere et la fille/ A. Porot, G.T. Sutter// *Precession de la Maladie chez l'enfant.* – 1959.
451. Prichard, J. C. A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind. London. – 1835.
452. Putnam, F.W. The study of multiple personality disorder: general strategies and practical considerations/ F.W. Putnam// *Psychiatric Annals.* – 1984; 14:58–62.
453. Putnam, F.W. Ten-year research update review: Child sexual abuse/ F.W. Putnam// *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 2003; 42. – p. 269-278.
454. Renard, S. B. Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review / S. B. Renard, R. J. Huntjens, P. H. Lysaker, A. Moskowitz, A. Aleman, G. H. Pijnenborg // *Schizophr Bull.* – 2017. – Vol. 43. – №1. – P. 108–121.
455. Retterstøl, N. The Scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia/ N. Retterstøl// *Psychiatria Clin.* – 1978; 11:180-187.
456. Réus, G.Z. The role of inflammation and microglial activation in the pathophysiology of psychiatric disorders/ G.Z. Réus, G.R. Fries, L. Stertz, M. Badawy, I.C. Passos, T. Barichello, F. Kapczinski, J. Quevedo//*Neuroscience.* – 2015; 300:141-154.
457. Richard, P. Dissociation and subsequent vulnerability: A preliminary study/ P. Richard, R.P. Kluft// *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder.* –1990; 3(3):167-173.
458. Rodriguez Solano, J.J, Premorbid personality disorders in schizophrenia/ J.J. Rodriguez Solano, M. Gonzalez De Chavez// *Schizophr Res.* – 2000; 44:137-144.
459. Ronald, W. Theoretical and experimental aspects of psycho-analysis/ W. Ronald, D. Fairbairn//*British Journal of Medical Psychology.* – 1952; 25(2-3):122-127.
460. Ross, C.A. Clinical features of dissociative schizophrenia in China/ C.A. Ross// *Psychosis.* – 2009; 1(1):51-60.

461. Ross, C.A. Dissociative Schizophrenia/ C.A. Ross// In: Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology (1st ed.). Oxford: Wiley & Sons. – 2009:281–294.
462. Ross, S. R. Positive and negative symptoms of schizotypy and the five-factor model: A domain and facet level analysis. / S. R. Ross, C. J. Lutz, S. E. Bailey // Journal of Personality Assessment. – 2002. – Vol. 79. – P. 53–72.
463. Ruth, R. Infantil stigmatisierte Schizophrene/ R. Ruth, W. Brunn//Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. – 1952;189(4):324.
464. Sanctis, S. De. On some types of inferior mentality/ S. Sanctis// In: Proceedings of the 5th International Congress of Psychology, Forzani: Rome. – 1905. – P. 576-587.
465. Sarfati, Y. Attribution of mental States to others by schizophrenic patients/ Y. Sarfati, M.C. Hardy-Bayle, J. Nadel, J.F. Chevalier, D. Widlocher// Cogn Neuropsychiatry. – 1997 Feb 1;2(1):1-18.
466. Sarkar, P. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia/ P. Sarkar, B. Patra, F.A. Sattar et al.// Indian Journal of Psychiatry. – 2004 Apr-Jun, 46(2): 176–179.
467. Sarkar, S. Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia / S. Sarkar, K. Hillner, D. I. Velligan // World J Psychiatry. – 2015. – Vol. 5. – №4. – P. 352–361.
468. Sauv e, G. The Prevalence of Negative Symptoms Across the Stages of the Psychosis Continuum/ G. Sauv e, M. B. Brodeur, J. L. Shah, M. Lepage // Harv Rev Psychiatry. – 2019. – Vol. 27. – №1. – P. 15–32.
469. Schaefer, J. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world / J. Schaefer, E. Giangrande, D. R. Weinberger, D. Dickinson // Schizophr. Res. – 2013. – Vol. 150. – №1. – P. 42-50.
470. Sch afer, I. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? / I. Sch afer, H. L. Fisher // Dialogues Clin Neurosci. – 2011. – Vol. 13. – №3. – P. 360–365.
471. Scharfetter, Chr. Allgemeine Psychopathologie / Chr. Scharfetter. – Eine Einfuhrung. – Stuttgart, 1976.
472. Schmidt, G. Job Apathy: Scale Development and Initial Validation/ G. Schmidt, G. Park, J. Keeney, S. Ghumman// J Career Assess. – 2015; 25(3):484-501.

473. Schneider, K. Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie/ K. Schneider// Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, und ihrer Grenzgebiete. – 1957;25:487-498.
474. Schüle, H. Handbuch der Geisteskrankheiten (Manual of mental illness)/ H. Schüle// Leipzig (Germany): F. C. W. Vogel. – 1878
475. Schüller, A. Über Infantilismus/ A. Schüller// Wien med Wochenschr. – 1907;57:625.
476. Seligman, M.E. Frustration and learned helplessness/ M.E. Seligman, R. Rosellini// Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes. – 1975; 1(2):149-157.
477. Seligman, M.E. Helplessness: On depression, development, and death/ M.E. Seligman// San Francisco: W. H. Freeman. – 1975.
478. Seligman, M. E. Frustration and learned helplessness / M. E. Seligman, R. Rosellini // Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes. – 1975. – Vol. 1. – №2. – P. 149-157.
479. Shaslin, H. Folie duscordante/ H. Shaslin// Paris. – 1912.
480. Shea, S. Psychiatric Interviewing 3rd Edition. The Art of Understanding: A Practical Guide for Psychiatrists, Psychologists, Counselors, Social Workers, Nurses, and Other Mental Health Professionals / S. Shea. – Elsevier, 2016. – 876 p.
481. Shear, M. K. Complicated Grief. / M. K. Shear // N. Engl. J. Med. – 2015. – Vol. 372. – P. 153-160.
482. Sjobring, H. Den individualpsykologiska frågeställningen inom psykiatrien. Upsala Läkaresällningens Förhandlingar (NF). 1913; 19:1-60.
483. Sjobring, H. Personality structure and development. A model and its application/ H. Sjobring// Acta Psychiatr Scand Suppl. – 1973; 244:1-20.
484. Skodol, A.E. Manifestations, clinical diagnosis and comorbidity/ A.E. Skodol// In: Textbook of Personality Disorders. Washington: Am Psychiat Publ. – 2005; 57: 57—87.
485. Smets, E.M. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue/ E.M. Smets, B. Garssen, B. Bonke, J.C. De Haes// J Psychosom Res. – 1995 Apr;39(3):315-25.

486. Smith, J.M. Psychodynamics in the female psychopath: A PCL-R/Rorschach investigation/ J. M. Smith, T.B. Cunliffe, C.B. Gacono, A.J. Kivisto, E.E. Taylor// *Violence and Gender*. – 2014; 1(4):1-12.
487. Smith, J.M. Psychodynamics in the female psychopath: A PCL-R/Rorschach investigation/ J. M. Smith, T.B. Cunliffe, C.B. Gacono, A.J. Kivisto, E.E. Taylor// *Violence and Gender*. – 2014; 1(4):1-12.
488. Specht, G. Über Hysteromelancholie/ G. Specht// *Zentralbl Nervenheilk Psychiatr*. – 1906;29:545-557.
489. Spence, S. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement/ S. Spence, H. Crimlisk, H. Cope, M. Ron, P. Grasby// *The Lancet*. – 2000, 355(9211):1243-1244.
490. Spiegel, H. Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis/ H. Spiegel, D. Spiegel// New York: Basic Books, Inc. – 2004.
491. Stekel, W. Psychosexueller Infantilismus/ W. Stekel// *Kap XIX: Exhibitionismus, Bd. V. Berlin—Wien*. – 1922.
492. Stransky, E. Über der Demencia preaecox/ E. Stransky// *Wiesbaden*. – 1909.
493. Stransky, E. Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. / E. Stransky // *J Psychiatr Neurol*. – 1903. – Vol. 24. – S. 1–149.
494. Strauss, G. P. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome / G. P. Strauss, W. P. Horan, B. Kirkpatrick, B. A. Fischer, W. R. Keller, P. Miski, R. W. Buchanan, M. F. Green, W. T. Carpenter // *J. Psychiatr. Res*. – 2013. – Vol. 47. – P. 783-790.
495. Strauss, J.S. Part III. Speculations on the Processes That Underlie Schizophrenic Symptoms and Signs/ J.S. Strauss, W. Carpenter, J. Bartko// *Schizophrenia Bulletin*. – 1974; 1(11):61-69.
496. Sullivan, H.S. Schizophrenia: Its Conservative and Malignant Features. A Preliminary Communication/ H.S. Sullivan// *The American Journal of Psychiatry*. – 1924; 4:77- 91.
497. Szkultecka-Dębek, M. Epidemiology and Treatment Guidelines of Negative

- Symptoms in Schizo-phrenia in Central and Eastern Europe: A Literature Review / M. Szkulciecka-Dębek, J. Walczak, J. Augustyńska, et al. // *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. – 2015. – Vol. 11. – P. 158–165.
498. Tackett, J. L. A dimensional model of personality disorder: Incorporating DSM Cluster A characteristics. / J. L. Tackett, A. L. Silberschmidt, R. F. Krueger, S. R. Sponheim // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2008. – Vol. 117. – P. 454–459.
499. Tandler, I. Ueber den Einfluss der kastration auf Den Organismus/ I. Tandler, S. Grosz// *Wien Klein. Wochenschr.* – 1907; 20:1596-1597.
500. Tandon, R. Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome. / R. Tandon, J.R. DeQuardo, S.F. Taylor et al. // *Schizophrenia Research*. – 2000. – Vol.51. –P.185–201.
501. Tard, G. (Цит. Альтман А.Л. Проблема выздоровления и компенсации при шизофрении). М 1971; 85—86.
502. Taylor, V.A. Catatonia in Psychiatric Classification/ V.A. Taylor, M. Fink// *Am J Psychiat.* – 2003; 160: 1233—1241.
503. Torch, E.M. Review of the relationship between obsession and depersonalization/E.M. Torch// *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1978; 58:191-198.
504. Tyrer, P. Temporal change: The third dimension of personality disorder/ P. Tyrer// *J Personality Dis.* – 2005; 19: 5: 573—580.
505. Tyrer, P. Drug treatment for personality disorders/ P. Tyrer, A.W. Bateman//*Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004; 10: 389—398.
506. Üçok, A. Persistent negative symptoms after first episode schizophrenia: A 2-year follow-up study/ A. Üçok, C. Ergül//*Schizophr Res.* – 2014; 158(1-3):241-246.
507. Urstein, M. Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie/ M. Urstein// *Basel, Karger*. – 1922.
508. Van der Hart, O. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis/ O. van der Hart, E. Witztum, B. Friedman// *J Trauma Stress*. – 1993;6(1):43-64.
509. Van der Hart, O. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization/ O. van der Hart, E.R.s. Nijenhuis, Steele, Kathy// *Berlin*. – 2007.01.01

510. Van Os, J. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder/ J. van Os, R.J. Linscott, I. Myin-Germeys, P. Delespaul, L. Krabbendam// *Psychol Med.* – 2009 Feb;39(2):179-95.
511. Van Rooijen, G. A symptom network structure of the psychosis spectrum/ G. van Rooijen, A.M. Isvoranu, C.J. Meijer, C.D. van Borkulo, H.G. Ruhé, L. de Haan//*Schizophr Res.* – 2017;189:75-83.
512. Vangaard, T. Diagnosis of schizophrenic borderline states/ T. Vangaard// *Acta psychiat. Scand.* – 1978, 58, P. 213-230.
513. Verbeek, E. Hysteria/ E. Verbeek// *Psychiatria Clinica.* – 1973; 6(2):104-120.
514. Vié, J. Quelques terminaisons des delires chroniques/ J. Vié// *Ann Medico-Psychologiques.* – 1939; 2: 4: 462—494.
515. Volkmar, F.R. Diagnosis and definition of autism and other pervasive developmental disorders/ F.R. Volkmar, C. Lord// In: *Autism and Pervasive developmental disorders.* Ed. F.R. Volkmar. Cambridge University Press. – 2007; 1—31.
516. Von Franz, M.L. *Puer Aeternus: A Psychological study of the adult struggle with the paradise of childhood.* – 1960.
517. Ware, J.E Jr, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection/ J.E. Jr Ware, C.D. Sherbourne//*Med Care.* – 1992 Jun; 30(6):473-83.
518. Warner, R. Recovery from schizophrenia and the recovery model/ R. Warner// *Curr Opin Psychiatry.* – 2009 Jul; 22(4):374-80.
519. Wechsler, D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale.* – 1955.
520. Wie, Y.K.M. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders/ Y.K.M. Wie, M.A. Bockbrader, P. Lysaker, L.L. Rae, C.A. Brenner, B.F. O'Donnell// *Psychiatry Research.* – 2005; 133(1):23-33.
521. Weinberger, D.R. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia/ D.R. Weinberger// *Arch Gen Psychiatry.* – 1987 Jul; 44(7):660-9.
522. Werbeloff, N. The Association between Negative Symptoms, Psychotic

- Experiences and Later Schizophrenia: A Population-Based Longitudinal Study/ N. Werbeloff, B.P. Dohrenwend, R. Voffe, J. van Os, M. Davidson, M. Weiser// PLoS One. – 2015; 10(3):e0119852.
523. Wiener, P. A Case of Conversion Catatonia Misdiagnosed for 24 Years/ P. Wiener// Jefferson Journal of Psychiatry. – 1990, 8(1).
524. Wimmer, A. Om Begrebet «Rentehysteri»/ A. Wimmer// Tidskrift for Arbejdsforsikring. – 1907;3:161-198.
525. Wing, L. Catatonia in autistic spectrum disorders/ L. Wing, A. Shah//Br J Psychiat. – 2000; 176: 357—362.
526. Wirsch, J. Beitrag zur Kenntnis schizophrener Verlaufe (Über schizophrenien mit langen Zwischenseiten)/ J. Wirsch// Ztschr Gers Neurol U Psychiat. – 1941; 172—811.
527. Yogaratnam, J. Schizophrenia masquerading as Dissociative Identity Disorder: An Unusual Presentation/ J. Yogaratnam, R. Jacob// Journal of Case Reports. – 2012; 12-14.
528. Zanelli, J. Cognitive Change in Schizophrenia and Other Psychoses in the Decade Following the First Episode / J. Zanelli, J. Mollon, S. Sandin, et al. // Am J Psychiatry. – 2019. – Vol. 176. – №10. – P. 811–819.
529. Zetzel, E. R. The so called good hysteric / E. R. Zetzel // Int J Psychoanal. – 1968. – Vol. 49. – №2. – P. 256–260.
530. Zhang, T. Age and remission of personality pathology in the psychotic disorders compared to mood and/or anxiety disorders / T. Zhang, D. Good Mary-Jo, B. J. Good // Int. J. Psychiatry Med. – 2012. – Vol. 44. – №3. – P. 241-255.
531. Zohar, J. “Schizo-Obsessive” Subtype: Obsessions and Delusions/ J. Zohar, Y. Sasson, M. Chopra, Y. Inacu, R. Gross// CNS Spectrums. 1998; 3(S1). – 38-39.
532. Zuckerman, M. Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal/ M. Zuckerman// New York. – 1975; 109.