

На правах рукописи

Жилин Виктор Олегович

**ИСТЕРОШИЗОФРЕНИЯ
(ДЕФИЦИТАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА, КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ)**

**14.01.06 – «Психиатрия»
(медицинские науки)**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель:

**академик РАН, доктор медицинских наук
профессор**

Смулевич Анатолий Болеславович

Официальные оппоненты:

Бобров Алексей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «Федеральный научный исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел консультативной и дистанционной психиатрии, руководитель

Овсянников Сергей Алексеевич, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО, профессор кафедры

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

Защита состоится «___» февраля 2021 г. в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан «___» декабря 2020 г.

Ученый секретарь

**диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность проблемы дефицитарных расстройств (первичных негативных образований, непосредственно связанных с эндогенным процессом и обуславливающих психическую дефицитарность пациентов) при шизофрении аргументируется, прежде всего, их значительной распространенностью. По данным современных эпидемиологических исследований [Sauvé G. et al., 2019; Correl C.U., Schooler N.R., 2020], негативная симптоматика наблюдается более чем у половины (до 60%) больных шизофренией. Установлено, что у 50-90% пациентов дефицитарные нарушения выявляются уже в дебюте эндогенного процесса, что свидетельствует о возможности их формирования еще на доманифестном (продромальном) этапе болезни [Chang W.C. et al., 2011; Patel R. et al., 2015]. Более того, негативная симптоматика обнаруживает значительную стойкость (персистирование даже спустя 15 лет после первого эпизода) [Möller H.J. et al., 2010; Üçok A, Ergül C., 2014; Szkultecka-Dębek M., Walczak J., 2015] и рефрактерность к существующим методам биологической терапии [Мосолов С.Н. с соавт., 2019; Millan M.J. et al., 2014].

Другим важным для настоящего исследования аргументом является значительное снижение уровня социального и трудового функционирования пациентов с шизофренией вплоть до утраты профессиональной пригодности и перехода на инвалидность, которое при известном полиморфизме психопатологических феноменов (в том числе позитивных - истерических), определяющих проявления болезни, достоверно коррелирует с выраженностью непосредственно дефицитарных расстройств [Galderisi S. et al., 2013; Fervaha G. et al., 2014, 2015].

Представление о сопряженном с истерией психическом изъяне выдвигалось авторами исследований, выполненных уже на начальных этапах изучения проблемы [Малиновский П.П., 1847; Муратов В.А., 1898; Griesinger W., 1867]. В период, когда закладывались основы развития научной психиатрии, отечественные и европейские исследователи [Корсаков С.С., 1901; Суханов С.А., 1905; Schüle H., 1880; Möbius P.J., 1894] наблюдали особые формы «сумасшествия - помешательства - истеричных» с хроническим, неблагоприятным течением, завершающиеся исходом в слабоумие.

Клинические проявления дефекта при шизофрении с истерическими расстройствами привлекали внимание исследователей уже со времени становления нозологического направления в психиатрии. Несмотря на то обстоятельство, что именно базисные негативные симптомы традиционно рассматривались авторами [Гольденберг С.И., 1934; Молочек А.И., 1941; Urstein M., 1922; Claude H., 1923] в качестве основного диагностического критерия

истерошизофрении, проблема дефицитарных расстройств и по настоящий момент остается предметом дискуссии.

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на доступные в литературе описания клинической картины негативных изменений при истерошизофрении [Мелехов Д.Е. с соавт., 1936; Наджаров Р.А., 1955; Шмаонова Л.М., 1968; Смулевич А.Б., 1987], до сих пор не существует единого представления о психопатологической структуре формирующихся дефицитарных расстройств, основанного на валидных характеристиках.

Наряду с имеющимися сведениями о феноменологической гетерогенности психической дефицитарности больных истерошизофренией [Овсянников С.А., 1972; Шендерова В.Л., 1974; Дубницкая Э.Б., 1979; Семке В.Я., 1988; Шахламов А.В., 1989], основанными на выделении в структуре дефекта истерических психопатоподобных проявлений, отличных от характерных для шизофрении негативных изменений, вопросы типологии и закономерностей формирования дефицитарных расстройств остаются нерешенными.

Ограниченность данных [Ромасенко Л.В., 1978; Гонопольский А.М., 1982; Ильинский, Ю.А. с соавт., 1989] в области лечебных мероприятий у больных истерошизофренией анализом эффективности психотропных средств в отношении позитивных психопатологических расстройств истерического ряда, обуславливает необходимость проведения расширенных психофармакологических исследований, имеющих целью разработку принципов коррекции проявлений дефекта при обсуждаемой форме психической патологии.

В качестве **теоретической основы**, ставшей отправной точкой разработки собственного исследования, выступает психопатологическая модель шизофрении [Смулевич А.Б. с соавт., 2018, 2020], в соответствии с которой первичные дефицитарные расстройства - «ядро» шизофренического дефекта [Liemburg E. et al., 2013; Strauss G.P. et al., 2013] - существуют в едином клиническом пространстве истерошизофрении не в «чистом виде» (т.е. не в виде обособленных психопатологических феноменов), но, объединяясь с конституциональными (истерическими) аномалиями и/или перекрываясь с позитивными расстройствами, образуют т.н. «общие» синдромы.

Соответственно, **целью исследования** является клиническая дифференциация дефицитарных расстройств при истерошизофрении, выступающих в пространстве «общих» синдромов, направленная на определение их типологической классификации, закономерностей формирования и выбора адекватных методов терапии.

В соответствии с целью исследования решались следующие **задачи**:

1. Построение типологии (с верификацией психопатологических и патопсихологических характеристик) дефицитарных расстройств при истерошизофрении;
2. Анализ траекторий развития истерических психопатоподобных расстройств;

3. Оптимизация методов терапии истерических расстройств, выступающих в синдромальном единстве с дефицитарными нарушениями.

Научная новизна исследования. В противовес разделному (без оценки их соотношения) описанию клинических характеристик негативной и позитивной симптоматики при истерошизофрении [Мелехов Д.Е. с соавт., 1936; Наджаров Р.А., 1955; Смулевич А.Б., 1987; Bleuler E., 1920], в настоящей работе впервые на репрезентативном материале представлена психопатологическая модель дефекта при эндогенно-процессуальной патологии с истерическими расстройствами, предусматривающая констелляцию дефицитарных нарушений с патохарактерологическими и/или позитивными симптомокомплексами в рамках т.н. «общих» синдромов.

Имеющиеся свидетельства гетерогенности негативных изменений при истерошизофрении, основанные на анализе отдаленных этапов развития главенствующего (не связанного непосредственно с проявлениями дефекта) клинического синдрома [Овсянников С.А., 1972; Дубницкая Э.Б., 1979; Семке В.Я., 1988; Шахламов А.В., 1989], в настоящей работе впервые расширены и дополнены за счет комплексного (психопатологического, психометрического и патопсихологического) анализа характеристик собственно дефицитарных образований и закономерностей их формирования. На основании полученных в ходе исследования новых данных представлена оригинальная типологическая дифференциация дефицитарных расстройств при изучаемой форме психической патологии.

Учитывая недостаточность исследований терапии негативных изменений при истерошизофрении [Оспанова А.В., 2004; Винникова И.Н., 2010; Дмитриев А.С. с соавт., 2014; Смулевич А.Б., 2017], в настоящей работе впервые предложены дифференцированные в соответствии с разработанной типологией лечебные мероприятия с определением эффективной терапевтической тактики, направленной на коррекцию истероформной симптоматики, выступающей в синдромальном единстве с дефицитарными расстройствами.

Теоретическая и практическая значимость. В проведенном исследовании решена актуальная для клинической психиатрии задача построения оригинальной типологии дефицитарных расстройств при истерошизофрении. Установлено, что для каждого из выделенных клинических вариантов «общих» синдромов, отражающих психическую дефицитарность больных истерошизофренией, характерен свой стереотип развития болезни, отличающийся как по степени прогрессивности, так и социально-трудовой дезадаптации. Полученные в работе дифференцированные данные о психопатологической структуре и закономерностях формирования негативных изменений при шизофрении с истерической симптоматикой позволяют разработать клинико-диагностические критерии распознавания и прогнозирования дальнейшей динамики эндогенного процесса. Предлагаемые принципы

лечения истерошизофрении, оптимальные при разработанном клинико-типологическом разделении дефицитарных расстройств, определяют конкретные показания к психотропной терапии и режиму ее проведения, позволяя тем самым осуществлять персонифицированный выбор лекарственных средств для достижения максимально эффективного психофармакологического воздействия на потенциально обратимые компоненты дефекта. Все эти мероприятия представляются важными как для госпитального, так и амбулаторного звена оказания психиатрической помощи, так как позволяют повысить качество и своевременность диагностики истерошизофрении, сформировать индивидуализированный подход к каждому больному и достичь лучшего уровня социо-трудовой адаптации пациентов, а также снизить экономическое бремя на систему здравоохранения.

Результаты исследования могут быть использованы при подготовке клинических ординаторов на кафедрах психиатрии ВУЗов и специализированных НИИ, в рамках последипломного образования в целях повышения квалификации специалистов, а также в практической деятельности врачей-психиатров. Методологические принципы, использованные при проведении настоящего исследования, могут применяться в дальнейшем при научно-практических разработках по данной проблеме.

Методология и методы исследования. Дизайн работы подразумевает анализ клинической выборки ($n=110$ набл., 94 женщ.; средний возраст $36,4 \pm 10,3$ лет), сформированной из числа пациентов, проходивших стационарное лечение в период с 2017 по 2019 гг. в клинике отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник). Преобладание в клинической выборке женщин не являлось следствием искусственного отбора, поскольку формирование когорты настоящего исследования осуществлялось независимо от пола, исходя только из клинических критериев. Такая гендерная асимметрия согласуется с результатами проведенных ранее эпидемиологических исследований [Nestadt G. et al., 1990], согласно которым распространенность истерического РЛ среди женщин более чем в 4 раза превышает аналогичный показатель среди мужчин. Все больные были госпитализированы по поводу экзацербации эндогенно-процессуальной патологии, протекающей с истерической симптоматикой. Пациенты, сформировавшие клиническую выборку исследования, обследовались непосредственно в период нахождения на стационарном лечении.

В качестве **критериев включения** в исследование приняты:

1. Верифицированный диагноз истерошизофрении (шизотипическое расстройство (F21, МКБ-10), резидуальная шизофрения (F20.5, МКБ-10));
2. Возраст (на момент включения в исследование) от 18 до 65 лет;

3. Длительность болезни не менее 5 лет, позволяющая определить траекторию развития клинических проявлений заболевания;

4. Доступность объективной информации о пациентах, обеспечивающая верификацию динамики патохарактерологических расстройств и негативных изменений, наблюдающихся на протяжении прогрессивного развития заболевания;

5. Информированное согласие больных на участие в исследовании.

В клиническую выборку **не включались** пациенты с наличием органического поражения ЦНС любой этиологии, тяжелой соматической (острые или хронические соматические и/или инфекционные заболевания) или неврологической патологии в стадии декомпенсации, а также расстройств эндокринной системы, приведших к психофизическому дизонтогенезу больных; когнитивного снижения в степени деменции (F00-03, МКБ-10); умственной отсталости (F70-79, МКБ-10); признаков зависимости от психоактивных веществ (F10-19, МКБ-10).

Для адекватного решения поставленных задач в работе использовались: психопатологический, психометрический, патопсихологический, статистический методы исследования.

Патопсихологическое и психолого-психометрическое исследование (верификация структуры негативных расстройств, оценка когнитивной и личностной сферы), анализ полученных результатов проводились м.н.с. В.М. Лобановой – сотрудником отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. Психологическая оценка осуществлялась в соответствии с разработанным алгоритмом динамической психометрии дефицитарных расстройств, выступающих в качестве «осевых» психопатологических образований «общих» синдромов.

Разработка оптимальных стратегий терапевтической коррекции формирующихся при истерошизофрении дефицитарных расстройств осуществлялась с помощью проспективного натуралистического наблюдения в условиях реальной клинической практики. Оценка эффективности фармакологических интервенций проводилась в ходе клинического интервью с применением шкалы CGI-S.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Дефицитарные расстройства, формирующиеся в клиническом пространстве истерошизофрении, представляют типологически дифференцированные психопатологические образования, выступающие в границах «общих» синдромов.

2. Дефицитарные расстройства при истерошизофрении в одних случаях носят парциальный характер, проявляясь профессиональной дезадаптацией, контрастирующей с сохранной рекреационной активностью, в других – реализуются карикатурно-гротескным

заострением преморбидных истерических черт, перекрывающихся с шизотипическими дименсиями типа фершробен, в третьих – амплифицируют конституционально заложенную психическую незрелость, сопровождаясь психопатоподобными изменениями типа зависимых, в четвертых – выступают в форме отчуждения активности «Я», амальгамируясь с образованиями диссоциативного ряда, с потерей способности самостоятельно контролировать собственную жизнедеятельность.

3. Выделенные психопатологические варианты дефицитарных расстройств ранжируются в соответствии с различными формами течения истерошизофрении и степенью социально-трудовой дезадаптации.

Обоснованность научных положений и выводов, сформулированных в диссертации, обеспечивается всесторонним анализом выполненных ранее научно-исследовательских работ по предмету исследования, репрезентативностью объема клинического материала (110 пациентов), использованием комплексного подхода (психопатологический, клинико-психометрический, патопсихологический методы исследования), соответствующего поставленным задачам. Полученные результаты подтверждены статистическим анализом с применением методов математического моделирования, что обеспечивает их достоверность.

Основные результаты исследования были представлены на англоязычном семинаре европейской коллегии нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology) (г. Волгоград, 23-25 марта 2018 года), Симпозиуме в рамках XXV Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (г. Москва, 11 апреля 2018 года), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (г. Москва, 24 мая 2018 года), Международном конгрессе «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств» (г. Санкт-Петербург, 17-18 октября 2019 года).

Результаты проведенного исследования внедрены в лечебно-диагностическую работу «Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева», ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», учебный процесс на кафедре психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

Апробация диссертации состоялась «15» сентября 2020 г. на межотделенческой научной конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Публикация результатов исследования. Основные положения диссертационного исследования отражены в 5 научных публикациях (четыре статьи опубликованы в журналах, рецензируемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 244 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, результатов исследования, выводов, списка литературы и приложения. В работе приведено 8 таблиц и 9 рисунков. Библиографический указатель формирует 381 наименование, из них отечественных – 164, иностранных – 217. Приложение содержит 4 клинических наблюдения, иллюстрирующих выделенные типологические варианты дефицитарных расстройств с подробным клинико-психопатологическим анализом.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделено четыре синдромальных варианта дефицитарного симптомокомплекса при истерошизофрении, отличных по психопатологической структуре, патопсихологическим характеристикам, механизмам формирования и социально-трудовому прогнозу.

Синдром «истероабулии» (25 набл., все – женщины, средний возраст: $40,8 \pm 9,1$ лет) формируется в рамках эндогенно-процессуальной патологии, стереотип течения которой сопоставим с динамикой развития реактивной шизофрении [Германова К.Н., 2017; Berze J., 1929].

В качестве ключевой характеристики обсуждаемых процессуальных изменений выступает парциальность ведущих дефицитарных (апатоабулических) расстройств, не сопровождающихся тяжелыми астеническими нарушениями (MFI-20: $54,5 \pm 8,7$). Так, при анализе результатов параметрического обследования выборки обращают на себя внимание наиболее выраженные значения по подшкалам «снижение продуктивности в работе или учебе» (SANS: $4,7 \pm 0,5$) и «пассивно-апатическая социальная отгороженность» (PANSS), при которой преобладает утрата побуждений к трудовому процессу ($5,6 \pm 0,3$), в то время как социальная активность остается фактически интактной ($0,4 \pm 0,3$).

Негативные изменения затрагивают главным образом требующую динамико-энергетических затрат волевою сферу психической жизни больных, препятствуя образованию «напряжения потребности» [Lewin K., 1939], являющейся необходимым условием реализации целенаправленного действия.

Прежде всего, принесенные болезнью дефицитарные расстройства, проявляющиеся редукцией энергетического потенциала [Conrad K., 1958], приводят к профессиональной ущербности обследуемых. Как следствие неспособности поддержания длительного усилия (даже незначительные физические и умственные нагрузки приводят к быстрой истощаемости, рассредоточению внимания) выступает полный отказ от продолжения трудовой активности (100% набл. – иждивенцы).

При этом в качестве показателя парциальности, незавершённости структуры апатоабулического дефицита выступает контрастирующая с утратой работоспособности сохраняющаяся рекреационная активность – тяга к праздному времяпрепровождению с удовлетворением чисто утилитарных, гедонистических потребностей. Пациентки во всем стремятся следовать моде, поддерживают «презентабельный» внешний вид, являются частыми гостями всевозможных фестивалей и банкетов, с удовольствием посещают салоны красоты, выбирают для отдыха популярные курорты, ходят на спектакли, концерты, выставки и т.п.

В исследованиях, выполненных в психологической традиции [Критская В.П. с соавт., 1991; Критская В.П., Мелешко Т.К., 2015], такая «ограниченность» влияния дефицитарных расстройств на социально-трудовую адаптацию больных шизофренией объясняется воздействием негативных изменений в первую очередь на требующие наибольшего волевого напряжения (произвольные) сферы деятельности (в частности профессиональную), в то время как развлекательная активность, будучи непроизвольной потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, не обнаруживает признаков дефицитарности (феномен «апатии к работе» [Schmidt G. et al., 2015]).

Нарастание негативных изменений круга истероабулии, происходящее в процессе прогрессивного развития заболевания, сопровождается амплификацией диссоциативных (корреляция показателей шкалы SANS с данными опросника DES: $k=0.854$) и психопатоподобных расстройств, сопряженных с формированием истерических реакций (по типу «бегства в болезнь», «эксплуативного поведения», «суицидального шантажа»). На первом плане – носящие откровенно потребительский характер претензии к членам семьи и ближайшим родственникам, на содержании которых пациентки находятся годами, обвинения окружающих в невнимательности и черствости.

В периоды вынужденной профессиональной активности выявляется обострение конверсионно-диссоциативных нарушений – больные декларируют носящие демонстративно преувеличенный характер жалобы на чувство «неуправляемости» волевых усилий, «невыносимую» усталость, «полное изнеможение» и пр., особо подчеркивая свое бессилие. В основе такого стремления больных избежать выполнения профессиональных обязанностей, лишь отчасти сопоставимого со склонностью истеричных к «использованию» невротической симптоматики, лежат не столько патохарактерологические особенности обследуемых, сколько амплификация признаков в действительности сформировавшегося абулического дефицита (падение психической и физической продуктивности) диссоциативными феноменами типа нарушения самосознания активности и единства «Я» (корреляция показателей шкалы SANS с данными опросника DES: $k=0.854$).

Профиль когнитивных процессов, по данным патопсихологического обследования («Запоминание десяти слов», «Таблицы Шульте»), не обнаруживает признаков выраженных интеллектуальных расстройств (средний балл по WAIS: $103,7 \pm 7,3$), однако выявляет психопатологический феномен повышенной истощаемости [Харькова Г.С., 2016], выражающийся снижением продуктивности мыслительной деятельности, ассоциированной с признаками прогрессирующего утомления. При этом нарушение психических функций в большей мере оказывается детерминировано обостряющимися по мере истощаемости (в среднем уже через полчаса) диссоциативными расстройствами (корреляция показателей проб Лурии с данными опросника DES составляет 0.745) – обследуемые высказывают жалобы на ощущение «затуманенности» и «спутанности» мыслей, прогрессирует снижение концентрации внимания, показателей кратковременной памяти на фоне падения функции сосредоточения, в вербальной продукции отмечаются негрубые расстройства ассоциативного компонента мышления, представленные единичными «шперрунгами».

Синдром «злокачественной истерии» (42 набл., все – женщины; средний возраст: $34,8 \pm 9,2$ лет) формируется в рамках эндогенно-процессуальной патологии истерического круга, стереотип развития которой соответствует психопатоподобной шизофрении [Шмаонова Л.М., 1968; Снежневский А.В., 1983].

Основополагающим в клиническом пространстве синдрома «злокачественной истерии» является дефицит эмоциональной сферы (шкала «ангедония-асоциальность» SANS: $3,8 \pm 0,4$; «притупленный аффект» PANSS: $4,1 \pm 0,4$), находящий отражение в грубом нарушении структуры внутрисемейных и супружеских отношений. При декларируемой обостренной ранимости и чувствительности поражает крайняя холодность, равнодушие и даже жестокость к близким. Обследуемые утрачивают истинные душевные привязанности, способность испытывать вину и раскаяние, родственные, духовные и моральные связи из естественных желаний переходят в разряд обременяющих обязанностей, они игнорируют интересы и витальные потребности членов семьи.

К клиническим проявлениям дефицитарности эмоциональной жизни, свойственной больным с явлениями «злокачественной истерии», можно отнести выявленный в трети наблюдений «анестетический» тип аффективной патологии, ассоциированной с репродуктивным циклом [Рагимова А.А., Иванов С.В., 2017]. Речь идет о послеродовых депрессиях с феноменом психической анестезии (отсутствие чувств к новорожденному), грубыми нарушениями поведения (пациентки применяют физические наказания к младенцам и пр.) без формирования полноценной привязанности к ребенку даже после редукции гипотимии.

Почти в половине случаев дефицитарность эмоциональной сферы реализуется склонностью к формированию патологических «любовных аддикций» [Егоров А.Ю., 2015].

Характерен непрекращающийся поиск сексуальных партнеров при патологической неспособности к созданию стабильных отношений. Обеднение эмоциональной жизни, достигающее уровня эмоциональной тупости, в совокупности с болезненным эгоцентризмом пациенток имеет следствием поверхностность и непродолжительность связей, в которых обследуемые проявляют конфликтность, мелочность контроля и придирок, патологическую ревность.

Отличительные свойства эмоционального дефицита больных из группы злокачественной истерии наиболее отчетливо иллюстрирует грубое искажение брачно-семейной адаптации. Отмечается неразборчивость и неадекватность выбора претендентов на брак, габитус которых (маргиналы, альфонсы, алко- и наркозависимые) с очевидностью свидетельствует о непригодности для создания семьи в традиционном ее понимании. Соответственно, в браке на момент исследования состоит лишь 26,1% (11 набл.).

К ключевым характеристикам размерной структуры синдрома «злокачественной истерии» относится грубый когнитивно-перцептивный дефицит (средний балл по WAIS: 72,4±9,1), проявляющийся нарушением селективности психических процессов (концентрации, памяти, мышления), снижением уровня мотивационной активности, искажением и падением целенаправленности мыслительной деятельности. По мере прогрессирования заболевания все более очевидными становятся затруднения в образовании понятий, снижение способности к приобретению новых знаний и их практическому использованию в конкретной предметной деятельности. Высказывания больных, сохраняющие форму гиперлогии (пафосные монологи, декламируемые с нелепыми трагическими жестами без смущения перед любой аудиторией), формально контрастной по отношению к алогии, а по сути созвучной ей, постепенно утрачивают лексическую информативность и «когнитивную гибкость», отличаются банальностью и трафаретностью, приобретают характер клише и штампов.

Дефицит «социальной когниции» [Рычкова О.В., Холмогорова А.Б., 2014], детерминированный как негативными изменениями эмоциональной, так и нарушениями когнитивной сферы, сближает наблюдаемое искажение нюансировки межличностной коммуникации с дефицитарными расстройствами, выявляемыми при процессуально обусловленных изменениях личности по типу фершробен [Бархатова А.Н., 2016; Смулевич А.Б. с соавт., 2017]. Патологическая прямолинейность, утрата способности различать нюансы межличностных отношений, распознавать иронию, парадоксальное отсутствие чувства такта и дистанции достигают степени «регрессивной синтонности» [Barahona Fernandes H.J., 1957]. Потеря стыдливости, разрушение морально-этических принципов, стирание нравственных барьеров между дозволенным и табуированным приводят к появлению у больных черт

патологической обнаженности («аутизм наизнанку» [Minkowski E., 1927]), когда собеседнику с удивительной легкостью сообщаются сугубо интимные подробности личной жизни.

Схожесть дефицитарных изменений по типу «злокачественной истерии» с психопатологическими дименсиями шизотипического профиля находит отражение и в меняющемся с годами облике пациенток, совмещающем подчас, казалось бы, несовместимые черты (утрированно изысканные манеры держаться, сочетающиеся с неряшливостью и пр.). Вся гамма истерических проявлений карикатурно искажается, все более очевидными становятся странности и чудачества в виде показной экстравагантности, «салонности» (кричащие туалеты, вульгарный макияж и пр.). Экцентричность и вычурность поведения сопровождаются нарочитой разболтанностью, склонностью к эпатажу и скандальности, достигающим степени бравады стремлением привлечь внимание окружающих к наступившим изменениям, создавая тем самым уродливую форму конституционально свойственной «жажды признания».

Привнесенные болезнью апатоабулические расстройства (шкала «апатии-абулии» SANS: $2,9 \pm 0,4$), ограничивающие поддержание целенаправленной систематической деятельности, находят отражение в нестабильном и извилистом профессиональном маршруте обследуемых. Отличающие больных грубые когнитивные расстройства, чрезмерная возбудимость и гневливость, хаотичный характер деятельности являются непосредственными причинами профессиональной дезадаптации (трудоустройства не по полученной специальности с частыми служебными неурядицами, оканчивающимися очередным увольнением), сопровождающейся т.н. «социальным дрейфом» [Clark R.E., 1949].

Дефицитарный симптомокомплекс по типу **«эволюционирующего инфантилизма с синдромом патологической инфантильной зависимости»** (24 набл.; мужчины – 14; женщины – 12; средний возраст: $38,5 \pm 8,3$ лет) формируется в рамках эндогенно-процессуальной патологии, стереотип развития которой соответствует малопрогрессирующей шизофрении, протекающей с преобладанием негативных изменений [Наджаров Р.А., 1955; Максимов В.И., 1987; Лукьянова Л.Л., 1989].

Основополагающими в клиническом пространстве синдрома «эволюционирующего инфантилизма» выступают негативные расстройства апатоабулического спектра, сопровождающиеся не только значимым падением инициативы и психической продуктивности, нарастанием черт безволия, но также изменениями патохарактерологического регистра по типу «по-детски привязчивой личности» [Millon Th., 2011] (коэффициент положительной корреляции апатоабулических расстройств с выраженностью дименсий инфантилизма составляет 0,9). Явления конституционально обусловленной психической незрелости принимают форму «патологической инфантильной зависимости» [Ronald W., Fairbairn D., 1952].

Под воздействием нарастающей пассивности и волевого дефицита («апатия-абулия» SANS: $2,9 \pm 0,4$) происходит формирование психопатоподобных изменений психастенического типа [Пантелеева Г.П., 1965] с приобретающими свойствами доминирующих идей представлениями о несоответствии своих возможностей актуальным социальным и производственным вызовам (патологическое заострение по шкале избегающего РЛ SCID: $6,1 \pm 0,4$), собственной неполноценности и полной зависимости (патологическое заострение по шкале зависимого РЛ SCID: $7,5 \pm 0,7$; деакцентуация по шкале гипертимности ОЧХ-В: $2,8 \pm 0,6$; акцентуация по шкале тревожности: $8,2 \pm 0,9$) от значимых других, сочетающихся с сепарационной тревогой [Варга А.Я., 2009], опасениями потери поддержки, руководства и заботы со стороны окружающих.

В домашнем обиходе пациенты занимают положение «маленьких детей», которым родители или опекающие супруги (обычно старше их по возрасту или отличающихся «родительским» стилем поведения) помогают справляться с требованиями повседневного существования.

Феномен зависимости, базирующийся на обусловленных абулическими расстройствами изменениях патохарактерологического склада, приоритетно реализуется 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 родным и другим опекунам, и никогда им не перечат.

По данным патопсихологического исследования когнитивных процессов больных этой группы, признаков грубого интеллектуального распада не обнаруживается (средний балл по WAIS: $87,2 \pm 6,5$). На первый план выступают характерные для «негативного» шизофренического симптомокомплекса явления недостаточности мотивационной направленности психической деятельности – нарушения избирательности внимания, обеднение способности к концентрации и удержанию сосредоточения, продуктивности кратковременной памяти. В сфере мышления нарушения мотивационного компонента реализуются явлениями амбивалентности (91,3%), разноплановости (86,9%), тангенциальности (82,6%). В структуре расстройств темпа мыслительной деятельности широко представлены (47,8%) «шперрунги». Нарушения операциональной стороны мышления обнаруживают себя снижением уровня абстрактности с формированием явлений псевдоконкретности (95,6%) и формализма (86,9%), сочетающимся с актуализацией латентных признаков.

Под воздействием дефицитарных (апатобулических) расстройств профиль социально-трудовой реализации обследуемых претерпевает значительные изменения. Отмечая падение продуктивности, неспособность справляться даже с незначительными служебными нагрузками,

и ранее не отличающиеся карьерными притязаниями, пациенты утрачивают стремление к профессиональному росту. В попытках избежать ситуаций, требующих принятия самостоятельных решений, они формируют патронажные отношения со старшими коллегами, довольствуются второстепенными ролями с выполнением простейших обязанностей и минимумом ответственности и следуют всем указаниям начальства или ограничивают активность пределами домашнего хозяйства (более половины обследуемых не работают, состоят на иждивении у мужа/жены или родных). Подобное нарушение адаптации больных, реализующееся устойчивым приспособлением на сниженном уровне, носит не столько тотальный характер (пациенты погружены в повседневную суету), а проявляется в форме «отступления к малой жизни» [Janzarik W., 1983].

Дефицитарный симптомокомплекс по типу **«нажитого хронического пуэрилизма с синдромом выученной беспомощности»** (20 набл., все – женщины; средний возраст: $35,4 \pm 12,0$ лет) формируется при приступообразно-прогредиентном течении истерошизофрении, манифестирующей в зрелом возрасте психогенно-провоцированным истеро-диссоциативным психозом.

На высоте психотического состояния происходит тотальное отчуждение сознания собственной личности, сопровождающееся признаками грубого психического регресса («альтерация сознания зрелой личности сознанием ребенка» [Введенский И.Н., 1946]), симптомокомплекс диссоциативных расстройств усложняется за счёт явлений пуэрилизма. Вследствие персистирующего нарушения контроля над функциями памяти и сознания [Allen J.G., 2001] утрачивается связь с содержанием прежней психической жизни и накопленными знаниями, низводящая личность на более раннюю ступень онтогенетического развития – больные полностью «перевоплощаются» в маленьких детей, их суждения, уровень эрудиции и поведения соответствуют дошкольному возрасту.

Закрепление и последующая модификация диссоциативной (пуэрильной) симптоматики происходит на базе отчётливо выступающих по мере редукции манифестного психотического эпизода тяжёлых негативных изменений, в структуре которых превалируют анергические («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. Выраженность дефицитарной симптоматики наиболее отчетливо иллюстрирует грубое падение работоспособности пациенток: все 100% выборки – иждивенцы, 40% (8 набл.) оформлена II группа инвалидности по психическому заболеванию.

Дезорганизация умственной деятельности в этих случаях обуславливается также привнесенными болезнью значительно выраженными когнитивными расстройствами. Так, по данным патопсихологического исследования выявлено отчетливое снижение способности к

концентрации и запоминанию, нарушение категориального строя мышления по типу амбивалентности (90%) и разноплановости (85%), а также целенаправленности мыслительных актов, в вербальной продукции представленное «шперрунгами» (95%) и соскальзываниями (85%). Пациентки обнаруживают признаки интеллектуальной дефицитарности, производят впечатление личностей, утративших прежний багаж накопленных знаний, мыслящих примитивно и поверхностно.

На клинических характеристиках дименсий негативного ряда отражается свойственная больным тенденция к формированию диссоциативных расстройств. В качестве одного из проявлений этого феномена выступает реализующаяся симптомами псевдодеменции амплификация (корреляция показателей проб Лурии с данными опросника DES: $0,73 \pm 0,9$) признаков в действительности сформировавшегося когнитивного дефицита («шизофреническая псевдо псевдодеменция» [Khanna S., Jee A., 1988; Hamilton M., 2007]) – демонстрируемые пациентками симптомы дезорганизации умственной деятельности превышают объективно устанавливаемый уровень когнитивного снижения (средний балл по WAIS: $96,2 \pm 7,5$).

При том, что у больных в постприступном периоде сохраняется способность выполнять рутинные обязанности по ведению домашнего хозяйства, на первый план в клинической картине выступают (как следствие резкого снижения толерантности к нагрузкам) возникающие в случае необходимости любого дополнительного или выходящего за пределы привычного жизненного стереотипа реакции с демонстрацией своей полной несостоятельности, манипулятивным характером презентации жалоб на слабость и повышенную утомляемость.

Симптоматика пуэрилизма в постприступный период при явлениях обратного развития наиболее грубых, демонстративных свойств редуцируется не полностью. Такое клиническое суждение подкрепляется очевидным диссонансом между выполняемыми пациентками прежде профессиональными и социальными обязанностями и новоприобретенными, не соответствующими их возрасту хобби и интересами, отличающимися нарочито детскими формами. Так, больные проводят свой досуг за просмотром мультфильмов, мастерят поделки и аппликации, собирают кукол и плюшевые игрушки, предпочитают общение с лицами значительно моложе себя и пр.

В клиническом пространстве постприступных резидуальных состояний видоизменение структуры психопатологических проявлений происходит в первую очередь за счёт трансформации диссоциативных расстройств, свойственных пуэрилизму. На первый план в клинической картине выступают явления отчуждения активности «Я» [Мерлин В.С., 1996; Jaspers K., 1946] с потерей способности самостоятельно контролировать собственную жизнедеятельность [Зинченко В.П., 1991], сопровождающиеся психопатоподобными

изменениями типа «нажитой беспомощности» – синдром «выученной беспомощности» по М.Е. Seligman (1975).

Происходящие при таком видоизменении клинической картины нарушения интерперсональных контактов по существу полярны феномену «зависимости» от значимых других, формирующемуся при явлениях инфантилизма. 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 отчуждения активности и демонстрации своей несостоятельности, вместо феномена «зависимости» от окружающих выступает синдром «выученной беспомощности» с *полным переносом ответственности за своё благополучие* на опекающих лиц (родных и близких).

Основным методом лечения истерошизофрении является комбинированная **психофармакотерапия** (длительность: $8,2 \pm 3,7$ недель, от 6 до 12 недель), проводимая совместно с психотерапевтическими и психокоррекционными мероприятиями и позволяющая, с одной стороны, воздействовать на негативные нарушения, а с другой - на ассоциированные с ними психопатологические симптомокомплексы.

Облигатным компонентом схемы лечения выступали типичные или атипичные нейролептики, при этом на основании современных алгоритмов биологической терапии шизофрении [Мосолов С.Н., 2014; Cerveri G. et al., 2019] в рамках финальных курсов лекарственных интервенций в абсолютном большинстве случаев (100 набл.) назначались антипсихотики второго поколения (оланзапин, арипипразол, кветиапин, амисульприд и пр.) – приоритетные фармакологические агенты коррекции дефицитарных и когнитивных расстройств.

С целью воздействия на позитивные (конверсионные, истеро-диссоциативные, депрессивные, генерализованные неврозоподобные и ипохондрические) симптомокомплексы нейролептическая терапия дополнялась введением в схему лечения (в соответствии со стандартными показаниями) психотропных средств других классов – антидепрессантов (ТЦА, СИОЗС, СИОЗСН) и транквилизаторов (в том числе производных бензодиазепаина), выбор которых осуществлялся в зависимости от синдромальной характеристики состояния и разработанных терапевтических тактик в отношении малопрогрессирующих форм эндогенно-процессуальной патологии [Смулевич А.Б., 2000, 2017].

В качестве основного показателя эффективности была выбрана редукция исходного балла шкалы CGI-S. Пациенты с уменьшением соответствующего показателя на 3 и более пункта были отнесены к респондерам, на 1-2 пункта – к частичным респондерам, без изменений/с увеличением балла считались нонреспондерами.

Для повышения надежности оценки эффективности психофармакотерапии за счет обеспечения наибольшей однородности данных, выделенные в изученной выборке 4 варианта «общих» синдромов были объединены попарно в две терапевтические группы по принципу преобладания в структуре состояния обследуемых проявлений позитивного («злокачественная истерия» и «нажитой хронический пуэрилизм», I группа – 62 набл.) или негативного («истероабулия» и «эволюционирующий инфантилизм», II группа – 48 набл.) регистра психопатологических расстройств.

Несмотря на проводимую комбинированную психофармакотерапию, с первых дней лечения изученные расстройства обнаруживают высокий уровень лекарственной резистентности, что согласуется с данными выполненных ранее исследований [Дмитриева Т.Б. с соавт., 2015; Moller H.J., Czbor P., 2015]. Необходимость внесения изменений в схему лечения в связи с недостаточной силой терапевтического эффекта и/или плохой переносимостью фармакологических агентов приводила к закономерному увеличению числа курсов терапии (линейное использование комбинации психотропных средств в течение мин. 2 недель с постепенным наращиванием доз), которое в среднем составляло $4,2 \pm 2,7$ (от 3 до 8) на одного пациента.

В процессе фармакологических интервенций суммарный балл негативных изменений пациентов I группы снизился до уровня «не резко» выраженного расстройства (с 5,6 до 3,2 баллов по шкале CGI-S), что позволяет констатировать относительную стабильность и лишь частичную курабельность обсуждаемых психопатологических нарушений. Такая квалификация подтверждается, прежде всего, преобладанием среди обследуемых I группы удельного веса неполных респондеров – 64,5% (40 набл.), в то время как у 19,4% пациентов (12 набл.) негативные расстройства оставались резистентными к психофармакотерапии (нореспондеры), и лишь 16,1% (10 набл.) были отнесены к респондерам.

Суммарный балл дефицитарных нарушений обследуемых II группы под воздействием фармакологической коррекции в меньшей степени обнаруживал положительную динамику (снижение с 5,8 баллов до 4,5 баллов по шкале CGI-S) и оставался на уровне умеренно выраженного расстройства. Отсутствие полных респондеров, доля нореспондеров – 37,5% (18 набл.), превышающая аналогичный параметр пациентов I группы, указывает тем самым на стойкость и терапевтическую рефрактерность представленных в II группе дефицитарных симптомокомплексов.

Что касается клинической динамики негативных изменений и ассоциированных с ними психопатологических образований у пациентов I и II группы, то использование фармакотерапии обеспечило уменьшение выраженности нарушений ассоциативного процесса мышления, когнитивной дисфункции в виде невнимательности и рассеянности. Несмотря на

малую курабельность непосредственно дефицитарных расстройств абулического профиля, пациенты субъективно отмечали повышение активности (готовность действовать и прилагать усилия) при сохраняющейся быстрой утомляемости в условиях физических и/или умственных нагрузок.

Положительная динамика психопатоподобных расстройств больных I группы проявлялась редукцией конфликтности, злобности и агрессии, аффективной неадекватности, грубых истероформных проявлений в виде вычурности, карикатурной театральности и неадекватной экспрессивности мимики и жестикуляции. Что касается случаев, отнесенных к II группе, то здесь приходится констатировать невысокую курабельность и следовательно относительную стабильность соответствующей псевдопсихопатической структуры (вместе с тем, у пациентов из подгруппы «эволюционирующего инфантилизма» отмечалось снижение уровня сепарационной тревоги, идей малоценности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психометрический анализ репрезентативной выборки больных истерошизофренией (110 набл., 94 женщины и 16 мужчины; возраст от 18 до 65 лет, средний возраст: $36,4 \pm 10,3$ лет) позволил сформулировать следующие выводы:

1. Дефицитарные расстройства выступают в клиническом пространстве истерошизофрении не изолированно (т.е. не в виде обособленных психопатологических феноменов), но, объединяясь с конституциональными (истерическими) процессуально деформированными аномалиями и/или перекрываясь позитивной симптоматикой, образуют т.н. «общие» синдромы.

2. «Общие» синдромы, формирующиеся у больных истерошизофренией, неоднородны: выделено четыре психопатологических образования, дифференцирующиеся по структуре негативных изменений и коморбидных позитивных симптомокомплексов.

2.1. Синдром «истероабулии» (парциальный характер дефицитарных расстройств, завуалированный фасадом истерических черт) формируется на базе негативных изменений апатоабулического круга («апатия-абулия» SANS: $3,9 \pm 0,5$) и примыкающих к ним астенических нарушений (MFI-20: $54,5 \pm 8,7$), реализующихся амплификацией конституционально обусловленной волевой недостаточности, утратой способности к поддержанию длительной целенаправленной деятельности, РЭП со снижением психофизической выносливости.

2.1.1. Позитивные расстройства синдрома «истероабулии» ограничены явлениями шизореактивной дистимии, сопряжёнными с симптоматикой диссоциативного кластера по типу

нарушения самосознания активности и единства «Я», а также психопатологическими образованиями круга небредовой - истерической - ипохондрии.

2.1.2. Обязательной составляющей синдрома «*истероабулии*» является феномен «апатии к работе», обусловленный избирательным редуцирующим воздействием дефицитарных расстройств на сферу профессиональной активности (рекреационная деятельность, будучи произвольной потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, остаётся интактной).

2.2. Основу синдрома «*злокачественной истерии*» (карикатурно-гротескное заострение истерических черт) составляют проявления эмоционального дефицита («ангедония-асоциальность» SANS: $3,8 \pm 0,4$; «притупленный аффект» PANSS: $4,1 \pm 0,4$), реализующиеся в первую очередь утратой родственных связей с игнорированием интересов и витальных потребностей членов семьи, сочетающиеся с дисфункциональностью когнитивной сферы (WAIS-IV: $72,4 \pm 9,1$) – тяжелыми расстройствами ассоциативного процесса мышления, снижением способности к приобретению новых знаний и их практическому использованию.

2.2.1. Позитивная симптоматика синдрома «*злокачественной истерии*» представлена шизо-аффективными расстройствами с грубыми психопатоподобными нарушениями, психопатологическими образованиями круга сенсоипохондрии.

2.2.2. Обязательная составляющая синдрома «*злокачественной истерии*» – гипертипические деформированные дефицитарными нарушениями психопатоподобные истерические расстройства, перекрывающиеся с шизотипическими дименсиями круга фершробен (странности и чудачества, парадоксальное отсутствие чувства такта и дистанции, патологическая прямолинейность, обнаженность межперсональных отношений).

2.3. Синдром «*эволюционирующего инфантилизма*» с амплификацией конституциональной психической незрелости формируется на базе негативных изменений анергического полюса («апатия-абулия» SANS: $2,9 \pm 0,4$; MFI-20: $65,4 \pm 10,2$), реализующихся значимым падением инициативы и признаками психической несостоятельности с нарастанием черт безволия, несамостоятельности, подчиняемости.

2.3.1. Позитивная симптоматика синдрома «*эволюционирующего инфантилизма*», обнаруживая бедность, фрагментарность и однообразие психопатологических проявлений, реализуется атипичными гипотимиями, относящимися к кругу негативной аффективности, изолированными невротоподобными расстройствами (истеро-обсессии, фобии и пр.).

2.3.2. Обязательной составляющей синдрома «*эволюционирующего инфантилизма*» является симптомокомплекс «патологической инфантильной зависимости» – гиперестезия в сфере интерперсональных отношений (идеи малоценности, страх сепарации), принимающая форму обостренного осознания собственной зависимости от опекунов, образование которой связано с амплификацией психопатоподобных изменений психастенического типа.

2.4. В основе «нажитого хронического пуэрилизма» с синдромом «выученной беспомощности» лежат достигающие инвалидизирующей степени апатоабулические («апатия-абулия» SANS: $4,2 \pm 0,3$) и примыкающие к ним астенические (MFI-20: $82,4 \pm 6,2$) нарушения, представленные грубым снижением толерантности к нагрузкам, а также признаки тяжелой когнитивной дисфункции, проявляющиеся дезорганизацией процессов мышления.

2.4.1. Позитивная симптоматика синдрома «нажитого хронического пуэрилизма» представлена персистирующими нарушениями диссоциативного регистра – феноменом психического отчуждения, явлениями псевдодеменции, способствующими за счет внесения элементов диссоциации, расширению круга негативных и когнитивных расстройств.

2.4.2. Облигатная составляющая синдрома «нажитого хронического пуэрилизма» – феномен «выученной беспомощности», реализующийся нарушением интерперсональных контактов с потерей способности управлять собственным повседневным функционированием, убежденностью в наличии контроля и защиты со стороны окружающих и манипулятивным поведением с демонстрацией полной несостоятельности, отражающий перенос ответственности за собственное благополучие на значимых других.

3. Приоритетным методом лечения истерических расстройств, выступающих в синдромальном единстве с дефицитарными нарушениями в клиническом пространстве истерошизофрении, является психофармакотерапия:

- включающая облигатное использование типичных и атипичных антипсихотиков;
- комбинированная с психотропными средствами других классов;
- дифференцированная в зависимости от преобладания в структуре состояния больных проявлений позитивного («злокачественная истерия» и «нажитой хронический пуэрилизм» - I группа) или негативного («истероабулия» и «эволюционирующий инфантилизм» - II группа) регистра психопатологических расстройств.

3.1. Эффективность лечения у пациентов I группы лимитирована (64,5% – неполные респондеры, 19,4% – нонреспондеры, 16,1% – респондеры). Предпочтительно – назначение конвенциональных антипсихотиков в средних/высоких дозах в комплексе с антидепрессантами или транквилизаторами с последующим переводом на нейролептик второй генерации, обладающий «когнитропным» эффектом.

3.2. Эффективность методов лекарственной интервенции у больных II группы еще более ограничена (62,5% – неполные респондеры, 37,5% – нонреспондеры, респондеры – отсутствуют). Приоритетно – использование атипичных нейролептиков, обладающих «антинегативным» эффектом, в комбинации с психотропными средствами других классов.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки:

1. Разработанная в исследовании психопатологическая модель дефицитарных расстройств при истерошизофрении помогает практикующему специалисту решить дифференциально-диагностические трудности, возникающие при клинической квалификации психической патологии истерического круга, обнаруживающей признаки эндогенно-процессуальной трансформации.

2. Результаты патопсихологического и психолого-психометрического обследований дополняют диагностику истерошизофрении, позволяя повысить достоверность клинических данных.

2. Предлагаемая типология дефицитарных расстройств является прогностически ценной в плане уточнения социально-трудового прогноза, а также определения адекватного и своевременного объема терапевтических интервенций.

3. Лечение больных истерошизофренией, проводимое с учетом предложенного дифференцированного подхода, способствует оптимизации ресурсов здравоохранения как в условиях психиатрического стационара, так и при амбулаторной курации пациентов.

4. Результаты проведенного исследования могут быть рекомендованы для использования в качестве методического пособия для специалистов в области психиатрии в целях повышения их профессиональной квалификации.

Представляется перспективным дальнейшее комплексное исследование дефицитарных расстройств при истерошизофрении с учетом полиморфизма конституциональных истерических аномалий и позитивной психопатологической симптоматики истерического ряда, обеспечивающего формирование гетерогенного конструкта «общего» синдрома. Учитывая недостаточную критику и весьма относительную приверженность лечению данного контингента пациентов, разработка персонифицированных психотерапевтических и социо-реабилитационных методик, используемых на госпитальном и амбулаторном этапах оказания помощи, может не только улучшить терапевтический альянс между врачом-психиатром и больным, но также существенно повысить навыки интерперсональной коммуникации и профессиональной адаптации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**Статьи в журналах, рецензируемых ВАК:**

1. **Жилин В.О.** Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) / А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Э.Б. Дубницкая, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Е.В. Колюцкая, Е.Д. Самойлова, О.Ю. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т.118. – №11 – С. 4-14.
2. **Жилин В.О.** Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации) / В.О. Жилин, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова // Психиатрия. – 2019. – №81 – С. 39-48.
3. **Жилин В.О.** Расстройства возрастной идентичности (инфантилизм/пуэрилизм) в пространстве психических заболеваний эндогенного круга / А.Б. Смулевич, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Ф.Ф. Гатин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120. – №1. – С. 7-19.
4. **Жилин В.О.** Истерия и эндогенно-процессуальная патология: комментарий к обзору литературы С.М. Попова «История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах» / А.Б. Смулевич, В.О. Жилин, В.М. Лобанова // Психиатрия. – 2020. – Т.18. – №2. – С. 46-50.

Статьи в других периодических изданиях:

5. **Жилин В.О.** Место инфантилизма в пространстве дефицитарных расстройств эндогенного круга (на модели истерошизофрении) / В.О. Жилин, В.М. Лобанова, Е.И. Воронова // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья – г. Москва, 2019. – С. 46-49.