

На правах рукописи

Мухорина Анна Константиновна

**НЕГАТИВНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ТИПА ФЕРШРОБЕН
(ПСИХОПАТОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ)**

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

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

МОСКВА – 2018

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

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук **Романов Дмитрий Владимирович**

Официальные оппоненты:

Коцюбинский Александр Петрович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, руководитель отделения внебольничной психиатрии

Шмилович Андрей Аркадьевич, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 15 октября 2018 года 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 «___» _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность изучения изменений типа фершробен объясняется их значительной распространенностью причем не только в психиатрической, но и в общесоматической сети. Изменения типа фершробен (от нем. Verschrobene – «чудак»), первые описания которых восходят еще к исследованиям XIX века [Griesinger W., 1845; Koch J.L.A., 1891], и по сей день остаются предметом дискуссии в аспекте психопатологической структуры, типологической дифференциации, нозологической принадлежности, динамики и прогноза, а также терапии. Трактовка обсуждаемого феномена как характерного для эндогенно-процессуальной патологии выступает в качестве исходной позиции настоящего исследования. Квалификация изменений типа фершробен в качестве дефицитарного симптомокомплекса делает целесообразным их изучение на модели негативной шизофрении. Обоснованность такого выбора обусловлена рафинированной репрезентацией дефицитарных структур на всем протяжении заболевания при незначительной выраженности позитивной симптоматики.

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на множество представленных в доступных источниках феноменологических описаний изменений типа фершробен [Воробьев В.Ю., 1988; Бархатова А.Н., 2016; Bleuler E., 1911; Kraepelin E. 1915; Binswanger L., 1952], на настоящий момент не существует единых диагностических критериев обсуждаемого феномена, основанных на валидных психопатологических характеристиках.

Несмотря на имеющиеся в литературе указания на психопатологическую гетерогенность дефицитарных изменений типа фершробен [Басина С.М., 1934; Шмаонова Л.М., 1968; Мазаева Н.А., 1983; Нефедьев О.П., 1983; Аведисова А.С. 1988], остается открытым вопрос их типологической дифференциации.

До сих пор не имеет однозначного решения проблема нозологической квалификации изменений типа фершробен, трактуемых как: 1) сугубо конституциональное расстройство (психопатия) [Griesinger W., 1845; Koch J.L.A., 1891; Stüttgen T., 1989; Weeks D., James J., 1995]; 2) проявление как личностных аномалий, так и симптомокомплекса эндогенного процесса [Kraepelin E., 1915; Birnbaum K., 1920]; 3) дефицитарный феномен, свойственный шизофрении [Снежневский А.В.,

1972; Мелехов Д.Е., 1981; Воробьев В.Ю., 1988; Бархатова А.Н., 2016; Нестерович А.Н., Обьедков В.Г., 2016; Еу Н., 1957; Watanabe Y., Kato S., 2004].

Актуальной представляется разработка принципов коррекции дефицитарных изменений типа фершробен, в связи с разнородностью и противоречивостью результатов немногочисленных доступных исследований [Воробьев В.Ю., 1988; Бархатова А.Н., 2016], мишенями терапии в которых выступают как проявления обсуждаемого типа дефицита, так и ассоциированных с ним расстройств.

Соответственно, **целью исследования** является клинический анализ изменений типа фершробен при негативной шизофрении, направленный на определение их психопатологической структуры, патопсихологических характеристик и построение типологической дифференциации, а также уточнение динамики и прогноза заболевания, разработку терапевтических подходов, позволяющих оптимизировать лечение этого контингента больных.

В соответствии с целью в работе решались следующие **задачи**:

1. Верификация психопатологических характеристик, разработка диагностических критериев и построение типологии дефицитарных изменений типа фершробен;
2. Определение патопсихологических характеристик дефицитарных изменений типа фершробен;
3. Изучение закономерностей течения негативной шизофрении с дефицитарными изменениями типа фершробен;
4. Разработка дифференцированных терапевтических подходов к лечению состояний, протекающих с дефицитарными изменениями типа фершробен.

Научная новизна работы. В дополнение к многообразию авторских характеристик изменений типа фершробен, приводимых в литературе [Воробьев В.Ю., 1988; Virnbaum K., 1906; Bleuler E., 1911; Kraepelin E. 1915; Binswanger L., 1952], в настоящей работе сформулированы унифицированные диагностические критерии обсуждаемого феномена.

В отличие от имеющихся указаний относительно гетерогенности изменений типа фершробен, квалифицируемой авторами в зависимости от параметров, не связанных непосредственно с психопатологической структурой обсуждаемого феномена (этап течения эндогенного процесса [Kraepelin E. 1915; Воробьев В.Ю., 1988], коморбидные симптомокомплексы [Мазаева Н.А., 1983; Аведисова А.С., 1988], степень выраженности обсуждаемых дефицитарных изменений [Басина С.М., 1934], особенности социальной адаптации [Нефедьев О.П., 1983; Критская В.П. и соавт.,

1991]), в настоящей работе впервые представлена типологическая дифференциация, основанная на собственно психопатологических характеристиках дефицитарных изменений типа фершробен.

Ранее полученные сведения об ассоциации психопатологической структуры дефицитарных изменений типа фершробен со стереотипом течения эндогенного заболевания [Воробьев В.Ю., 1988] в настоящей работе впервые расширены за счет данных о соотношении выделенных психопатологических вариантов с особенностями течения негативной шизофрении.

С учетом имеющихся в литературе ограниченных данных о терапии дефицитарных изменений типа фершробен [Воробьев В.Ю., 1988; Бархатова А.Н., 2016] впервые предложены дифференцированные в соответствии с разработанной типологией лечебные и реабилитационные мероприятия, направленные на повышение эффективности проводимой терапии и улучшение социально-трудовой адаптации.

Теоретическая и практическая значимость. В настоящем исследовании решена актуальная для клинической психиатрии задача верификации психопатологической структуры и построения типологической дифференциации изменений типа фершробен. Теоретическая значимость работы определяется установлением закономерностей соотношения синдромальной структуры изменений типа фершробен со стереотипом течения эндогенного процесса, реализующихся верифицированной клинической дихотомией. Практическая значимость исследования определяется решением задачи разработки типологической дифференциации изменений типа фершробен, что позволяет прогнозировать течение заболевания, клинический и социальный прогноз, а также осуществлять выбор адекватной терапии. Полученные результаты могут быть использованы в подготовке врачей, проходящих обучение в области психиатрии в рамках послевузовского образования, а также в практической деятельности врачей-психиатров. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Методология и методы исследования. Дизайн работы подразумевает анализ выборки (75 набл., 52 – женщ., 23 – муж.; средний возраст $43,1 \pm 11,3$ лет), сформированной из числа пациентов с изменениями типа фершробен, обследованных в период с 2015 по 2018 гг. на двух клинических базах: 1) в клинике отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН А.Б. Смулевич), ФГБНУ Научный центр психического здоровья (директор – проф. Т.П. Ключник; научный руководитель центра – академик РАН А.С.

Тиганов) и 2) в психотерапевтическом отделении УКБ №3, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет) (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко).

В качестве **общих критериев включения** в выборку исследования приняты:

- возраст больных 18-65 лет;
- преобладание в клинической картине дефицитарных расстройств типа фершробен при рудиментарности позитивной симптоматики, ограниченной аффективными, неврозоподобными, ипохондрическими, психопатоподобными регистрами;
- соответствие состояния формализованным признакам шизотипического расстройства (F21, МКБ-10) и/или шизотипического расстройства личности (DSM-IV, DSM-5);
- добровольное информированное согласие пациентов на проведение психиатрического обследования.

Общие критерии включения дополнялись **уточняющими**, соответствующими специально разработанным комплексным исследовательским критериям для феномена фершробен, сформированными с учетом проведенного анализа литературы, посвященной феномену фершробен, проблемам аутизма и негативных изменений при шизофрении, а также на базе современных классификаций психических расстройств (МКБ-10, DSM-5) и собственной казуистики.

Исследовательские диагностические критерии:

1. Чужаковатость, эксцентричность, странность внешнего облика, речи, поведения в быту и уклада жизни, не соответствующего конвенциональным нормам и культурным стереотипам, не вписывающегося в контекст ситуации.
2. Дистонность межличностных коммуникаций – лишённое нюансировок и адекватной оценки сложившихся взаимоотношений взаимодействие с окружающими (утрата аллопсихического резонанса);
3. Эмоциональная холодность, прагматизм (болезненный рационализм) в межличностных, семейных отношениях, парадоксальность чувств с разделением окружающих либо на объект рационального взаимодействия, либо избирательной симбиотической привязанности.
4. Профессиональная деятельность, осуществляемая в соответствии с «воображаемой реальностью», либо с крайней вовлеченностью в рабочий процесс по типу односторонней/монотонной активности, либо осуществляемая без учёта собственных возможностей, лишённая ориентировки на будущее с частой сменой рода

занятий и снижением профессионального уровня.

5. Склонность к формированию сверхценных образований – от конвенциональных хобби до непродуктивных, не приносящих дохода увлечений, полностью замещающих профессиональную деятельность.

В клиническую выборку **не включались** пациенты с сопутствующей соматической/неврологической патологией в стадии декомпенсации, эпилепсией, органическим поражением ЦНС любой этиологии, злоупотреблением психоактивными веществами (F10-19 по МКБ-10), манифестной и злокачественной шизофренией (F20 по МКБ-10).

В соответствии с задачами настоящего исследования применялись психопатологический, клинический, психометрический (PANSS, SANS, SPQ-74, CGI), патопсихологический, статистический методы.

Патопсихологическое обследование и анализ полученных результатов проводилось сотрудниками отдела медицинской психологии (зав. – доц., к.п.н. С.Н. Ениколопов) ФГБНУ НЦПЗ (аспирант Ю.А. Атаджыкова, м.н.с. В.М. Лобанова) и включало набор методик и опросников, направленных на оценку когнитивной и личностной сферы: «10 слов», исследование мнестической ретенции, «Пиктограмма», «Четвертый лишний», «Толкование пословиц»), опросник черт характера взрослого человека, SPQ-74.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Изменения типа фершробен представляют собой группу дефицитарных расстройств, неоднородных по психопатологической структуре.

2. Изменения типа фершробен проявляются либо ограниченными странностями в рамках изолированных психопатоподобных нарушений, либо тотальны и сочетаются с дефицитарными расстройствами иного круга.

3. Выделенные психопатологические варианты изменений типа фершробен соотносятся с типом течения негативной шизофрении: одноприступной либо непрерывнопрогредиентной.

4. Выделенные клинические варианты изменений типа фершробен соотносятся со степенью социально-трудовой дезадаптации: либо ограниченной лишь сферой семейных и межличностных отношений, либо генерализованной, ассоциированной с инвалидизацией.

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается комплексным подходом к проведению исследования с включением психопатологического, патопсихологического, клинического методов, соответствующих поставленным

задачам исследования, а также репрезентативностью выборки (75 набл.). Обоснованность полученных результатов и выводов подтверждена статистическим анализом.

Основные результаты исследования были представлены на III-ей Всероссийской Костромской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (г. Кострома, 19-22 апреля 2016 года), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (Москва, 24 мая 2016 года), на XIII Всероссийской Школе молодых психиатров (г. Суздаль, 23-28 апреля 2017 года), англоязычном семинаре European College of Neuropsychopharmacology (г. Волгоград, 23-25 марта 2018 года).

Результаты исследования **внедрены** в работу «Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева», ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

Апробация диссертации состоялась 20 марта 2018 г. в ФГБНУ НЦПЗ.

Публикация результатов исследования. Основное содержание результатов проведенного исследования достаточно полно отражены в трех публикациях, три из которых – в журналах, рецензируемых ВАК Минобрнауки РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 239 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 298 наименований (из них отечественных – 112, иностранных – 186). Диссертация иллюстрирована 11 таблицами, 8 рисунками, 4 клиническими наблюдениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты обследованной выборки с изменениями типа фершробен при негативной шизофрении в соответствии с психопатологической структурой, патопсихологическими характеристиками, механизмами формирования, закономерностями течения заболевания, социальным и клиническим прогнозом распределились на две гетерогенные группы.

Первая группа (30 набл., 22 – женщ., 8 – муж., средний возраст – $48,3 \pm 13,4$ лет; длительность заболевания $30,7 \pm 12,7$ лет) – больные **одноприступной шизофренией, стабилизирующейся на уровне нажитого шизотипического расстройства личности (ШТРЛ)** (первичный дефект-синдром), которая характеризуется ранним формированием психопатоподобных изменений в детском/подростковом возрасте с

последующей стабилизацией состояния без признаков нарастания дефицитарной симптоматики («шизофрения, остановившаяся в самом начале» [Huber G., 1957]).

Психопатологическая структура изменений типа фершробен, отнесенных к I группе и обозначенных как *первичный дефект-синдром* [Юдин Т.И., 1941], лимитирована кругом психопатоподобных – аутистических и эмоциональных расстройств, выраженных неравномерно и носящих ограниченный – циркумскриптный характер.

В облике больных обращает на себя внимание особая, контрастирующая с внешней ухоженностью и чистоплотностью, манера выбора гардероба, не соответствующего возрасту, социальному положению и/или служебному дресс-коду. Картина дополняется странностями речи – злоупотреблением неуместными в устном общении книжными выражениями, иноязычными оборотами, штампами, специальными терминами, используемыми вне контекста беседы.

В ряду аутистических проявлений дефицитарного ряда – дистонность отношений с окружающими – неспособность достичь в общении психологического комфорта – прямолинейность со склонностью буквально понимать сказанное. У больных этой группы затруднено понимание переносного смысла и тонкостей метафор, они лишены чувства юмора.

Парадоксальность эмоций, свойственная больным I группы, наиболее ярко проявляется в структуре внутрисемейных отношений. На первом плане дефицит эмпатии: нередко родственные связи из категории естественной потребности приобретают свойство обязанности. Возможна выраженная антипатия к отцу или матери с, напротив, симбиотической привязанностью к одному из членов семьи, что порой достигает уровня противоречащей здравому смыслу нелепости. Необычны и чуждаваты отношения пациентов с противоположным полом. Выбор партнера осуществляется либо рационально, либо по альтруистическим мотивам с недооценкой недостатков супруга/супруги (психопатизация, злоупотребление алкоголем и пр.).

Профессиональный маршрут больных, отнесенных к I группе, неоднозначен и характеризуется полярными тенденциями. В части случаев речь идет об «активных чудаках» [Kahn E., 1928] с чертами первичной аутистической активности [Minkowski E., 1927], осуществляющих трудовую деятельность с крайней вовлеченностью в рабочий процесс, что часто сопряжено с пренебрежением частной жизнью, семейной и рекреационной активностью. При этом, несмотря на сверхценное отношение к трудовой деятельности, отмечается профессиональная нестабильность со сменой занятости. И хотя деятельность пациентов остается в рамках одной сферы, они не

удерживаются на занимаемых должностях, внезапно меняют место работы. «Извилистый» трудовой маршрут обусловлен в этих случаях как неспособностью уложиться в установленный регламент, так и осуществлением рабочей деятельности в соответствии с «воображаемой реальностью»: неадекватной оценкой (чаще переоценкой) своих возможностей, разрешением стандартных рабочих проблем несоответствующим ситуации путем.

В другой части случаев больные представляют собой «пассивных чудаков» [Kahn E., 1928] с элементами монотонной активности [Мелехов Д.Е., 1963]. Пациенты (сохраняя стабильный профессиональный статус и постоянство в выборе места работы) обнаруживают неспособность к карьерному росту. Возможности дальнейшего их продвижения по службе крайне ограничены в связи со странностями поведения, аутистическими установками, ригидностью и склонностью к однонаправленной рабочей активности.

Свойственные пациентам, отнесенным к I группе, сверхценные образования носят конвенциональный характер. Так, может доминировать сверхценная идея самосовершенствования, реализующаяся либо бесконечным «коллекционированием» курсов саморазвития с целью расширения кругозора», повышения «общего интеллектуального уровня», либо занятие экстремальными видами спорта с целью «преодоления себя». Характерной особенностью таких сверхценных образований является затруднительность непосредственного применения полученных знаний и умений на практике. Тем не менее, подобные увлечения не приводят к профессиональной дезадаптации в отличие от пациентов II группы (см. ниже), где сверхценные увлечения носят характер патологических.

Вторая группа (45 набл., 30 – женщ., 15 – муж.; средний возраст – $39,6 \pm 7,8$ лет; длительность заболевания $24,2 \pm 1$ лет) – больные **непрерывнопрогредиентной негативной шизофренией с изменениями типа фершробен** (дефект по типу «второй жизни» [Vie J., 1939]), которая характеризуется дебютом в виде вялого течения с отсроченным по сравнению с I группой формированием психопатоподобных изменений типа фершробен в возрасте ранней зрелости [D. Bromley, 1966] и последующей выраженной прогредиентностью, проявляющейся нарастанием дефицитарных расстройств иного круга.

Психопатологическая структура изменений типа фершробен, отнесенных ко II группе и обозначенных как *дефект по типу «второй жизни»* [Vie J., 1939] определяется тотальными странностями: всё пространство деловой активности, личной жизни, межперсональных отношений, соответствовавшее прежде конвенциональным

нормам, видоизменяется за счёт выступающих на первый план сверхценных увлечений, чудачеств, нелепых поступков и эксцентричности поведения в целом. Патохарактерологические изменения типа фершробен сочетаются с другими психопатоподобными образованиями, а также проявлениями псевдоорганического и астенического дефекта.

Внешний облик больных II группы несёт на себе отпечаток претенциозности и неряшливости. Если у больных I группы странности выбора одежды (при внешней ухоженности и чистоплотности) сводятся к игнорированию «условностей», то наряд пациентов II группы представляет собой значительно более причудливую картину. Внешний вид нелеп, детали туалета, а иногда и весь облик определяются областью сверхценных увлечений (ковбойская шляпа, охотничий жилет, экзотический национальный костюм и пр.). Такие чудачества в одежде, как правило, сочетаются с нечистоплотностью (непричесанные грязные волосы, засаленная мятая одежда, от которой может исходить дурной запах).

Выраженные, достигающие степени «словесной эквилибристики» нарушения речи, наблюдаются не во всех случаях. Сентенции некоторых пациентов изобилуют неологизмами, хотя чаще регистрируются проявления патологического полисемантизма [Жмуров В.А., 2010].

Нарушения аллопсихического резонанса в контакте с окружающими, проявляющиеся у пациентов I группы прямолинейностью, у больных II группы достигают уровня патологической открытости и обнажённости, приобретая форму регрессивной синтонности [Barahona Fernandes H.J., 1949].

Нарушения эмоциональных связей, более выраженные в сопоставлении с наблюдениями I группы, достигают степени отрешенности от близких родственников (родители, дети). Подчас игнорируется элементарная потребность в оказании им помощи в связи с болезнью, необходимостью ухода. Отношения с противоположным полом формируются по типу мезальянса (школьница и охранник, научный сотрудник и слесарь). В подавляющем же большинстве случаев больные являют вид «одиноких чудаков».

Конвенциональная профессиональная деятельность (юриспруденция, журналистика, лингвистика и др.), ранее наполненная личностным смыслом, обесценивается, завершаясь снижением профессионального стандарта. Специалист по книжному делу становится упаковщиком, врач-ветеринар – санитаром, почвовед – официанткой или мастером по маникюру.

Основным содержанием жизни (сверхценное мировоззрение при изменениях типа фершробен [Аведисова А.С., 1988; Birnbaum К., 1906]), становятся «патологические сверхценные увлечения» [Сергеев И.И., Малиночка С.А., 2008] с идеями реформаторства или собирательства – странные, оторванные от реальности хобби, выступающие в качестве проявлений односторонней аутистической активности и носящие характер необычных, подчас лишенных всякого смысла, не приносящих дохода увлечений [Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю., 1988; Максимов В.И., 1987].

Психопатоподобные проявления, свойственные II группе, в отличие от наблюдений I группы, расширяются за счет дименсий других патохарактерологических кластеров (*истерических, зависимых*). При сочетании симптомокомплексов регрессивной синтонности с «тягой к преувеличенному, преднамеренному, заманчивому» [Gruhle Н.В., 1929, 1932], к «чрезмерности душевных проявлений» [Birnbaum К., 1920] на первый план выступает достигающая степени бравады, аггравация странностей и чудачеств, напоминающая, как замечает Е. Kahn [1928], тщеславие истеричных. Клиническая картина при этом дополняется нарочитой экстравагантностью, манипулятивностью поведения, реализующегося стремлением привлечь внимание окружающих к наступившим изменениям. Такой сочетанный истеро-шизоидный дефект сопоставим по ряду параметров (склонность к магическому мышлению, вера в предчувствия, потусторонние влияния и др.) с явлениями «дефектной истерии» [Дубницкая Э.Б., 1979] или «злокачественной истерии» [Смулевич А.Б. и соавт., 2018; Smith J.M. и соавт., 2014]. Психопатологические проявления этого типа могут быть обозначены как синдром «сверхоткрытости и фетишизации психического дефицита».

Амплификация изменений типа фершробен за счет дефицитарных дименсий, относящихся к кругу зависимых, создает клиническую картину патохарактерологических расстройств, сопоставимых по ряду параметров с синдромом псевдопсихастении [Пантелеева Г.П., 1965]. Черты чудаковатости сочетаются с утрированной склонностью к тревожным опасениям по нелепым поводам, сверхосторожностью, несамостоятельностью, избеганию близкого общения по абсурдным алогичным мотивам.

Предпринятое разделение дефицитарных изменений типа фершробен, основанное на анализе психопатологической структуры изучаемого феномена, находит подтверждение в результатах *психометрического исследования*. Так, применение специализированных шкал, регистрирующих степень выраженности негативной симптоматики – PANSS и SANS, демонстрирует более высокие баллы по подшкалам

«апато-абулические расстройства» ($10,2\pm 3,4$), «внимание» ($7,2\pm 3,1$) у пациентов II группы в сравнении с соответствующими показателями пациентов I группы ($7,2\pm 2,7$ и $4,3\pm 2,8$), что свидетельствует о большей тяжести дефицита во II группе.

Согласно психометрической оценке шизотипии по шкале SPQ-74 средний суммарный балл II группы составил $32,0\pm 0,7$, что статистически значимо ($p<0,05$) превышает аналогичный показатель у пациентов I группы – $23,3\pm 3,5$. Кроме того, анализ дименсиональной структуры по опроснику SPQ-74 выявил значимые межгрупповые различия. Так, у пациентов I группы наиболее выраженные изменения обнаруживаются по подшкалам: «отсутствие близких друзей» (5,1), «эксцентричное поведение» (4,2), «ограниченный аффект» (4,1). Дименсиональная структура пациентов II группы согласно результатам опросника SPQ-74 обозначена изменениями, наиболее выраженными по подшкалам «эксцентричное поведение» (5,6), «отсутствие близких друзей» (5,1), «социальная тревожность» (5,0), «ограниченный аффект» (4,4), «подозрительность» (4,0). Представленные дименсии SPQ-74 соотносятся с дифференцированными по группам психопатологическими характеристиками обсуждаемого феномена и указывают на более выраженные во II группе аутистические тенденции, а также иллюстрируют наличие псевдопсихопатических расстройств иного круга, в частности – зависимых.

Выявленные в результате патопсихологического исследования особенности личностного профиля, полученные с помощью опросника черт характера взрослых (ОЧХ-В), предоставляют дополнительные свидетельства в пользу валидности установленной психопатологической гетерогенности дефицитарных изменений типа фершробен, положенной в основу разработанной типологической дифференциации.

Личностный профиль пациентов с первичным дефект-синдромом обнаруживают погранично-акцентуированный уровень выраженности показателей по шкале гипертимности ($5,74\pm 1,48$), что в сочетании со средним уровнем баллов по шкале эмотивности ($5,26\pm 1,33$) и циклотимности ($5\pm 2,21$) отражает тенденцию к гиперактивной деятельности прагматичного характера, лишённой прогностической функции и последовательности, а также свидетельствует о парадоксальности эмоциональной сферы в отсутствие социальной синтонности. Склонность к формированию стойких аффективно заряженных образований – сверхценных идей, подтверждается средними баллами по шкале застревания ($4,58\pm 1,87$).

Личностный профиль пациентов с дефектом по типу «второй жизни» при сохранении соответствующей для единого синдрома схожести дименсий с I группой отражает комплексный характер психопатоподобных нарушений. Так, присоединение

черт зависимости находит подтверждение в сочетании средних показателей по шкале экзальтированности ($5,15 \pm 1,90$) и циклотимности ($5,25 \pm 2,25$). Акцентуация по шкале дистимности ($6,48 \pm 1,85$) кодирует явления соматопсихической хрупкости [Внуков В.А., 1936], характеризующиеся обеднением общего уровня психофизической выносливости со снижением переносимости физических и эмоциональных нагрузок, что закономерно приводит к нарушению трудовой адаптации пациентов II группы, а также снижению напора в реализации сверхценных увлечений. Дополняясь достоверно более высокими по сравнению с I группой ($p < 0,05$) показателями по шкале эмотивности ($5,78 \pm 1,45$), обсуждаемый профиль характеризуется нарастанием явлений псевдопсихастении.

Клиническая динамика дефицитарных изменений типа фершробен при расстройстве шизофренического спектра (I группа) и прогредиентной шизофрении (II группа) характеризуется двумя отчетливыми, но неравнозначными по клиническому значению этапами, которые выделяются относительно становления и траектории изменений типа фершробен.

Течение заболевания в I группе подразделяется на этап (1) формирования дефицитарных изменений типа фершробен и (2) стабилизации процесса на уровне нажитого ШТРЛ.

Становление обсуждаемых нарушений на **первом этапе** заболевания происходит в детском/пубертатном возрасте ($13,3 \pm 0,7$ лет) в результате кратковременного «стертого» приступа шизофрении [Сухарева Г. Е. 1959; Bumke O., 1928; Sulestrowska H., 1972]. Консолидация психопатоподобной структуры (нажитое ШТРЛ) происходит по типу «сдвига» (надлома жизненной кривой [Kahn E., 1923]), прежде всего, реализующегося в когнитивной сфере. После условной психогенной провокации (например, конфликт со сверстниками) происходит «переосмысление» отношения к окружающим с изменением стратегий интерперсонального взаимодействия. Фактически речь идет о сдвиге психестетической пропорции [Kretschmer E., 1924] с нарастанием черт стеничности, эмоциональной холодности, сопровождающихся появлением дименсий круга «oddity». Последние включают разнообразные по своей глубине расстройства интерперсонального функционирования, когниции, эмоций, контроля поведения, представляющие аттенуированные расстройства шизофренического спектра [Rosell D.R. et al. 2014]. В современных психологических исследованиях такой «сдвиг» обозначается термином «синдром рака-отшельника» (Hermit Crab syndrome) [Mathijssen F.P., 2015], когда под влиянием некоторых триггерных воздействий у предрасположенных личностей подросткового/юношеского

возраста могут отмечаться серьезные сдвиги (paradigm shift) в когнитивной сфере и в первую очередь – в мировоззрении.

В дальнейшем на большем протяжении жизни структура сформировавшихся дефицитарных изменений (первичный дефект-синдром), существенно не меняется – **второй этап** (стабилизации процесса на уровне нажитого ШТРЛ). При этом дальнейшее течение заболевания реализуется преимущественно за счет позитивных эндоформных аффективных или соматизированных расстройств легких психопатологических регистров: *нажитой циклотимии* и *ипохондрических симптомокомплексов с явлениями телесного аутизма* соответственно («вторая болезнь» [Смулевич А.Б., 2015, 2016]). (Возраст начала «второй болезни» – $29,8 \pm 8,5$ лет.)

Течение заболевания во II группе подразделяется на этап (1) формирования изменений типа фершробен и (2) неблагоприятного непрерывного течения, ассоциированного с нарастанием дефицитарных структур.

Первый этап заболевания, в отличие от I группы носящий затяжной характер (продолжительностью в среднем $8,3 \pm 2,3$ лет), приходится на подростковый/юношеский возраст. Симптоматика в этот период исчерпывается аффективными психическими нарушениями, свойственными юношеской шизофрении [Пантелеева Г.П., 1966; Цуцельковская М.Я., 1968; Олейчик И.В., Владимирова Т.В., 1999; Каледа В.Г., 2015]: затяжными истеродепрессиями, депрессиями с явлениями юношеской несостоятельности, метафизической интоксикации, дисморфофобии и нервной анорексии, а также затяжными гипоманиями с диссоциальными (стертыми гебоидными) проявлениями. Формирование изменений типа фершробен происходит позднее, нежели в I группе ($20,0 \pm 7,1$ лет), на фоне обострения атипичной аффективной симптоматики – «атипичный шуб» (аутохтонные или реактивно спровоцированные эндоформные депрессии с явлениями негативной аффективности и когнитивными нарушениями). Манифестация странностей и других выраженных проявлений неадекватного поведения происходит вслед за медленным нарастанием дефицитарных изменений в волевой (avolition) и эмоциональной сферах, отражающих сдвиг психестетической пропорции [Kretschmer E., 1924] к сенситивному полюсу. При этом происходит переосмысление и ревизия системы ценностей, прежде всего относящихся к конвенциональной деятельности: прежние, социально значимые интересы (учеба/работа) отчуждаются и обесцениваются, подменяясь патологическими сверхценными увлечениями [Сергеев И. И., Малиночка С.А., 2008] – дефект с изменениями фершробен по типу «второй жизни».

На **втором этапе** происходит активная организация дефицитарных расстройств псевдоорганического (астенического) регистра. Исполдволь углубляющиеся проявления аутохтонной астении сопровождаются снижением продуктивности в образовательной и профессиональной сфере, а также семейной дезадапцией (социальное снижение – «social decline» [Häfner H., 1999]).

Позитивная симптоматика на этом этапе у пациентов II, в отличие от больных I группы, более гетерогенна: обсессивно-компульсивные, тревожно-фобические, а также транзиторные галлюцинаторные/бредовые расстройства (выступающие в структуре непродолжительных шизофренических реакций). При этом симптоматика обозначенных регистров характеризуется постепенным усложнением и процессуальной трансформацией, хотя и остается непропорционально менее выраженной относительно нарастающих массивных дефицитарных изменений.

Краткий сравнительный анализ социально-демографических параметров иллюстрирует различия в **тяжести нарушений социальной адаптации** в двух группах пациентов. Больные II группы обнаруживают статистически значимо более низкий ($p<0,05$) по сравнению с I группой уровень семейной адаптации: женаты/замужем 15,6% против 66,7%, никогда не состояли в браке 55,6% против 10,0%. При этом, несмотря на сопоставимый уровень полученного образования (межгрупповые различия статистически не значимы), пациентам II группы свойственен более низкий профессиональный статус: более, чем в половине случаев, пациенты не работают (60,0%), что в 2 раза выше, чем в первой группе (30,0%), а показатель инвалидности по психическому заболеванию, соответственно, равен 8% в отличие от первой группы, где не зарегистрировано ни одного случая стойкой утраты трудоспособности ($p<0,05$).

Результатом **терапевтического фрагмента** проведенного исследования выступает обоснованность дифференцированного подхода к лечению дефицитарных изменений типа фершробен и ассоциированных расстройств. При этом установлено, что основной метод лечения – психофармакотерапия с применением антипсихотиков с антинегативным действием (оланзапин, кветиапин, клозапин, сульпирид, флупентиксол, галоперидол), дополняемых психотропными средствами других классов, а также психокоррекционными воздействиями.

Оценка эффективности и безопасность терапии осуществлялись на основе натуралистического дизайна. Анализ эффективности проводимого лечения с момента включения в исследование выявил значимые групповые различия. Дефицитарные изменения пациентов I группы (первичный дефект-синдром) расценивались как относительно стабильные и лишь частично курабельные, в пользу чего

свидетельствовали данные шкалы CGI-S. Так, степень тяжести дефицитарных изменений пациентов I группы при обращении к психиатру расценивалась как значительная (5,1 балл по CGI-S), однако в процессе лечения этот показатель снижался до уровня нерезко выраженного расстройства (3 балла по CGI-S) с отсутствием динамики в отношении уменьшения степени оцениваемого дефицита впоследствии. Ответ на терапию был частичным (доля неполных респондеров в обсуждаемой группе – 70%).

Редукция психопатологической симптоматики по результатам шкалы SANS преимущественно наблюдалась по субшкалам «Ангедония-асоциальность» (на 60,7% по сравнению с исходным баллом), «Апато-абулические расстройства» (на 56,8%), «Внимание» (на 40,9%), «Нарушения речи» (на 37,7%). По результатам субшкалы «Уплотнение и ригидность аффекта», репрезентирующей снижение мимической, моторной, интонационной экспрессивности, эмоциональную сглаженность и парадоксальность, не удалось обнаружить значимого уменьшения симптоматики (на 6,7%), что может свидетельствовать о стойкости обсуждаемой дименсии негативных изменений и резистентности к психофармакологическим интервенциям.

Дефицитарные изменения пациентов II группы (дефект по типу «второй жизни»), по сравнению с I группой, расценивались как курабельные лишь в малой степени, для доказательства чего привлекались данные шкалы CGI-S. По сравнению с больными I группы показатель степени тяжести дефицитарных изменений пациентов II группы (5,5 баллов по CGI-S при включении в исследование) в меньшей степени обладал способностью к коррекции и оставался на уровне умеренно выраженного расстройства (4,1 балл по CGI-S). Подтверждением выше сказанного служит и отсутствие полных респондеров (0%) в обсуждаемой группе. Тяжесть дефицитарной симптоматики несколько уменьшилась в 82% случаев (37 набл.) – частичные респондеры, 18% пациентов (8 набл.) не ответили на лечение (нореспондеры).

Негативная симптоматика пациентов II группы также обнаруживала более высокий, по сравнению с пациентами I группы, исходный суммарный балл по шкале SANS (58 против 47,1). Этот факт наряду с данными о незначимом ($p>0,05$) уменьшении суммарного балла негативных нарушений на фоне терапии (лишь в 1,2 раза – до 49,2 баллов) свидетельствует о большей степени генерализации, стойкости и резистентности к психофармакологическим интервенциям негативных расстройств во II группе.

Что касается клинической динамики дефицитарных изменений типа фершробен у пациентов I и II группы, исходя из оценки, опирающейся на разработанные

диагностические критерии, то представляется возможным заключить о, в целом, невысокой курабельности обсуждаемого дефицита, а соответственно – относительной стабильности соответствующей псевдопсихопатической структуры. Положительного эффекта удавалось добиться лишь в отношении выраженности отдельных дименсий изменений типа фершробен – облегчение переключения с аутистической активности на конвенциональные формы поведения, упорядочение мышления с некоторой нивелировкой шизокарных когнитивных расстройств, снижение степени эмоциональной заряженности и охваченности актуальными сверхценными образованиями.

Психосоциальная реабилитация. Наряду с медикаментозным лечением, представляющим собой основную терапевтическую модальность, в отношении дефицитарных изменений типа фершробен применялись методы психосоциальной реабилитации, включавшие психотерапевтическое воздействие и социальные интервенции, направленные на дифференцированную коррекцию семейной и профессиональной дезадаптации. Дифференцированная психотерапевтическая интервенция, осуществляемая в соответствии с разработанной типологией, учитывала степень тяжести нарушения дезадаптации.

У пациентов с первичным дефект-синдромом, сопряженным с, преимущественно, нестабильностью супружеских отношений (разведены – 23,3%), методом выбора являлась корректирующая коммуникативный стиль **семейная психотерапия**. Нивелирование девиаций профессиональной деятельности, реализующейся в отрыве от реальности, требовало **метакогнитивных тренингов**, направленных на распознавание дезадаптивных паттернов мышления и изменение стратегий поведения. У пациентов с дефектом по типу «второй жизни», ассоциированным с дезадаптацией как в семейной (в браке – 15,6%, разведенных – 26,6%, не состоявших в браке – 55,6%), так и в профессиональной сферах (безработные – 52%, работа со снижением профессионального стандарта – 40%, инвалиды – 8%), была показана **когнитивная ремедиация**, направленная на заместительную коррекцию нарушений мышления, а также **тренинг социальных и когнитивных навыков**.

Социальная реабилитация также осуществлялась дифференцированно и соотносилась со степенью тяжести трудовой дезадаптации. У пациентов с первичным дефект-синдромом трудовая реабилитация учитывает доминирующий профессиональный паттерн – явления аутистической (показан свободный график с частой сменой профессиональных задач) либо монотонной активности (однаправленность, монотематичность, четкая регламентация труда).

Профессиональная реабилитация пациентов с дефектом по типу «второй жизни» направлена на трудоустройство с привлечением опыта прежней специальности, однако с возможностью облегченного графика и дозированной рабочей нагрузки при постоянном контроле и мотивационной поддержке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты диссертационного исследования по теме «Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия)» позволили сформулировать следующие выводы:

1. Дефицитарные изменения типа фершробен (сочетание чужаковатости внешнего облика и речи, нарушение аллопсихического резонанса, парадоксальность эмоциональной сферы, оторванность от реальности профессиональной деятельности, склонность к формированию аутистических сверхценных образований) свойственны как шизофрении, так и расстройствам шизофренического спектра.

2. Изменения типа фершробен подразделяются на две клинически гетерогенные группы: *первичный дефект-синдром* и *дефект по типу «второй жизни»*, – отличные по психопатологической структуре, механизму формирования, связи с течением заболевания и клиническому прогнозу.

2.1. Первичный дефект-синдром представлен изолированными странностями облика и речи, парциальными («циркумскриптными») эмоциональными расстройствами, аутистическими нарушениями, ограниченной степенью дистонности межличностных отношений, нестабильностью/стагнацией трудовой деятельности, и лишен признаков сочетанных псевдоорганических/астенических дефицитарных нарушений.

2.1.1. Странности облика заключаются в несоответствии одежды и аксессуаров возрасту, социальному положению и/или служебному дресс-коду, что контрастирует с внешней ухоженностью и чистоплотностью, и дополняются странностями речи со злоупотреблением неуместными в устном общении устойчивыми выражениями, штампами, специальными терминами, используемыми вне контекста беседы.

2.1.2. Аутистические расстройства представлены нарушением аллопсихического резонанса, ограниченной степенью дистонности отношений с окружающими: прямолинейность, буквальность, отсутствие чувства юмора.

2.1.3. Дефицит эмоций проявляется снижением эмпатии или антипатией к родителям при симбиотической привязанности к одному из членов семьи, гипертрофированным рационализмом в выборе партнера.

2.1.4. В рамках профессионального маршрута установлены полярные тенденции: трудовая деятельность либо по типу первичной аутистической активности («активные чудачки»), сопряженная с нестабильностью и сменой занятости; либо по типу монотонной активности («пассивные чудачки») со склонностью к однонаправленной рабочей деятельности.

2.2. Дефект по типу «второй жизни» определяется тотальными странностями, распространяющимися на все сферы психической деятельности: эксцентричность внешности и речи, парадоксальность и дефицитарность эмоциональной сферы, достигающие степени регрессивной синтонности отношения с окружающими, полностью замещающие профессиональную деятельность аутистические сверхценные увлечения, – и сочетается с психопатоподобными расстройствами иного круга (зависимые, истерические) и псевдоорганическими/астеническими нарушениями.

2.2.1. Странность облика проявляется сочетанием экстравагантности и неряшливости и дополняется вычурностью речи – использованием неологизмов и патологическим полисемантизмом.

2.2.2. Аутизм принимает парадоксальную форму регрессивной синтонности, реализующейся патологической открытостью и обнаженностью интерперсональных отношений («аутизм наизнанку»).

2.2.3. Нарушения эмоциональных связей тотальны и проявляются полной отрешенностью от близких родственников (родители, дети) с иррациональной привязанностью к малознакомым, социально деградированным лицам (формирование отношений с выбором партнеров низкого интеллектуального уровня, страдающих психической и аддиктивной патологией).

2.2.4. Нарушения трудовой активности (снижение профессионального стандарта, свободная занятость с утратой возможности регламентировать деятельность, патологические увлечения, формирующиеся в отрыве от профессии) соответствуют инвалидизации.

3. Выделенные группы дефицитарных расстройств соотносятся со стереотипом течения негативной шизофрении: одноприступной, стабилизирующейся на уровне нажитого шизотипического расстройства, и непрерывнопрогредиентной с нарастанием дефицитарных расстройств.

3.1. Изменения типа первичного дефект-синдрома формируются при одноприступном (ранний, ассоциированный с детским/подростковым возрастом, шуб), стабилизирующемся на уровне нажитого шизотипического расстройства, течении заболевания. Динамика нажитого шизотипического расстройства, реализующаяся по

типу «второй болезни» (определяется стертыми ипохондрическими, невротическими и аффективными симптомокомплексами), не сопровождается нарастанием дефицитарной симптоматики.

4. Дефект по типу «второй жизни» (формируется в рамках атипичного шуба в возрасте ранней зрелости) определяет клиническую картину непрерывнотекущего эндогенного процесса. Прогрессирующее течение шизофрении сопровождается нарастанием дефицитарных расстройств, усложнением изменений типа фершробен за счет психопатоподобных дименсий зависимого и истерического типа, а также псевдоорганического дефекта.

5. Принадлежность изменений типа фершробен к шизофрении и расстройствам шизофренического спектра подтверждается выявленными при патопсихологическом обследовании искажениями мышления и мнестических функций.

5.1. Расстройства мышления при изменениях типа фершробен характеризуются искажением процесса обобщения (97%), нарушениями мотивационного (87%) и категориального (60%) компонентов при сохранности динамических показателей.

5.2. Нарушения фиксации и репродукции информации при изменениях типа фершробен проявляются расстройством как непосредственного (45%), так и опосредованного (34%) запоминания, обусловленных неконструктивным характером ассоциаций и стратегий запоминания/воспроизведения (непродуктивность опоры памяти на мышление).

6. Дифференцированные психопатологические характеристики изменений типа фершробен подтверждаются результатами психометрического и патопсихологического исследования обследования и соотносятся с формализованными профилями (SPQ-74, ОЧХ-В) первичного дефект-синдрома и дефекта по типу «второй жизни»:

6.1. Клинические характеристики первичного дефект-синдрома «дистонность межличностных коммуникаций», «чуждаковатость, эксцентричность, странность», «эмоциональная холодность» соотносятся с пиками по подшкалам «отсутствие близких друзей», «эксцентричное поведение», «ограниченный аффект» по SPQ-74; в свою очередь, «профессиональная деятельность, осуществляемая в соответствии с воображаемой реальностью», соотносится с погранично-акцентуированным уровнем по шкале «гипертимности» в сочетании с низким уровнем по шкале «эмотивности», а «склонность к формированию сверхценных идей» – с высокими баллами по шкале «застревания» по ОЧХ-В.

6.2. Наличие в структуре дефекта по типу «второй жизни» выраженных аутистических тенденций и псевдопсихопатических расстройств круга зависимых

соотносится с пиками по подшкалам «подозрительность» и «социальная тревожность» по SPQ-74, а также с пограничной акцентуацией по шкалам «экзальтированности», «дистимности», «эмотивности» по ОЧХ-В.

7. Основной метод лечения дефицитарных изменений типа фершробен – психофармакотерапия:

– проводится с применением антипсихотиков с антинегативным действием (оланзапин, кветиапин, клозапин, сульпирид, флупентиксол, галоперидол);

– дополняется психотропными средствами других классов;

– дифференцируется в зависимости от типа дефекта и закономерностей течения эндогенного процесса;

7.1. При лечении дефицитарных изменений типа первичного дефект-синдрома, формирующегося в рамках одноприступной шизофрении, показана комбинация психотропных средств (атипичные антипсихотики и антидепрессанты – СИОЗСН) в условиях максимально раннего начала терапии. Эффективность лечения дефицитарных изменений типа первичного дефект-синдрома в период стабилизации процесса ограничена (70% – неполные респондеры, 30% – респондеры, 0% – нонреспондеры), несмотря на длительные (8 недель) курсы психофармакотерапии.

7.2. Медикаментозное вмешательство при терапии дефекта по типу «второй жизни», определяющего клиническую картину непрерывнопрогредиентной шизофрении, требует применения психотропных средств широкого спектра (атипичных и традиционных антипсихотиков в комбинации с антидепрессантами групп ТЦА и СИОЗС). Возможности эффективного лечения дефицита по типу «второй жизни» на отдаленных этапах процесса по сравнению с дефицитарными изменениями типа первичного дефект-синдрома еще более лимитированы (82% – неполные респондеры, 0% – респондеры, 18% – нонреспондеры) при аналогичной длительности (8 недель) курсов психофармакотерапии.

8. Психотерапия и социальная реабилитация являются обязательными составляющими лечения, дополняющими медикаментозное вмешательство и направленными на дифференцированную, соотносящуюся с выделенными типами дефекта, коррекцию семейной и профессиональной дезадаптации.

8.1. При первичном дефект-синдроме, сопряженном с нестабильностью супружеских отношений (разведены – 23,3%), предпочтительна корректирующая коммуникативный стиль *семейная психотерапия*. Нивелирование девиаций профессиональной деятельности, реализующейся в отрыве от реальности, требует *метакогнитивных тренингов*, направленных на распознавание дезадаптивных паттернов мышления и

изменение стратегий поведения. Показана трудовая реабилитация, учитывающая доминирующий профессиональный паттерн – явления аутистической (показан свободный график с частой сменой профессиональных задач) либо монотонной активности (однонаправленность, монотематичность, четкая регламентация труда).

8.2. При дефекте по типу «второй жизни», ассоциированном с дезадаптацией как в семейной (в браке – 15,6%, разведенных – 26,6%, не состоявших в браке – 55,6%), так и в профессиональной сферах (безработные – 52%, работа со снижением профессионального стандарта – 40%, инвалиды – 8%), показана **когнитивная ремедиация**, направленная на заместительную коррекцию нарушений мышления, а также **тренинг социальных и когнитивных навыков**. Профессиональная реабилитация направлена на трудоустройство с привлечением опыта прежней специальности, однако с возможностью облегченного графика и дозированной рабочей нагрузки при постоянном контроле и мотивационной поддержке.

Практические рекомендации:

1. Разработанные в настоящем исследовании диагностические критерии позволяют улучшить распознавание дефицитарных изменений типа фершробен.

2. Разработанная в настоящем исследовании типологическая дифференциация изменений типа фершробен («первичный дефект-синдром» и «дефект по типу новой жизни») является диагностически и прогностически ценной в плане суждений о нозологической принадлежности обсуждаемого феномена, определения объема терапевтических вмешательств, а также клинического и социального прогноза.

3. Результаты исследования подтверждают эффективность и целесообразность дифференцированного подхода к терапии дефицитарных изменений типа фершробен в пространстве негативной шизофрении и расстройств шизофренического спектра (ШТРЛ).

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении психопатологических исследований расстройств феноменологически близких изменениям типа фершробен не только в пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра, но и при другой психической патологии (аффективные заболевания, расстройства личности и пр.). Представляется перспективным поиск нейробиологических и генетических коррелятов обсуждаемого феномена.

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

- Мухорина А.К. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра / А.Б. Смулевич, А.К. Мухорина, Е.И. Воронова, Д.В. Романов // Психиатрия. – 2016. – Т. 74. – №4. – с. 5-19.
- Мухорина А.К. Эволюция учения о шизофреническом дефекте / А.Б. Смулевич, Д.В. Романов, А.К. Мухорина, Е.И. Воронова, В.В. Читлова, О.Ю. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – №9. – с. 4-14.
- Мухорина А.К. 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.