

УДК 616.895.8-072.8

Аграновский М.Л., Маликова А.Э., Муминов Р.К., Далимова С.А.

Кафедра психиатрии, наркологии,

медицинской психологии и с курсом психотерапии

Андижанский государственный медицинский институт

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Резюме: Обоснование: теоретические аспекты проблемы негативных расстройств при эндогенно-процессуальной патологии - актуальная исследовательская задача. Если дефект при прогрессивной шизофрении изучен в значительной степени, то структура дефицитарных нарушений при заболеваниях шизофренического спектра нуждается в дальнейшем исследовании.

В данной статье представлено мнение об особенностях негативного синдрома, его возникновении и отвержении, который считается основной симптоматикой при шизофрении.

Ключевые слова: негативная симптоматика, шизофрения, расстройства, прогрессивная форма.

Agranovskiyy M. L., Malikova A.E., Mo'minov R.K., Dalimova S.A.

Psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kursi

kafedrası

Andijon davlat tibbiyot instituti

SHIZOFRENIYADA NEGATIV BUZILISHLARNI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI

Rezyume: Endogen prosesual patologiyada salbiy buzilishlar muammosining nazariy jihatlari dolzarb tadqiqot vazifasidir. Agar progradientli shizofreniyadagi nuqson sezilarli darajada o'rganilgan bo'lsa, shizofreniya

spektri kasalliklarida defisit buzilishlarining tuzilishi qo'shimcha tekshirishni talab qiladi.

Ushbu maqolada shizofreniyaning asosiy alomati hisoblangan negativ sindromning xususiyatlari, uning paydo bo'lishi va rad etilishi haqida fikr keltirilgan.

Kalit so'zlar: negativ alomatlar, shizofreniya, buzilishlar, progressiv shakl.

Agranovsky M.L., Malikova A.E., Muminov R.K., Dalimova S.A.

Department of Psychiatry, Narcology,

Medical Psychology and with a course of psychotherapy

Andijan State Medical Institute

METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF NEGATIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Resume: Theoretical aspects of the problem of negative disorders in endogenous procedural pathology are an actual research task. If the defect in progressive schizophrenia has been studied to a significant extent, then the structure of deficit disorders in schizophrenic spectrum diseases needs further investigation.

This article presents an opinion on the features of the negative syndrome, its occurrence and rejection, which is considered the main symptomatology in schizophrenia

Key words: negative symptoms, schizophrenia, disorders, progressive form.

Актуальность. Доля негативных расстройств при всех основных типах течения шизофрении (шубообразная, рекуррентная, непрерывная, исключая параноидную) составляет 29—40% [4].

Проблема негативных расстройств при шизофрении и заболеваний шизофренических спектрах является недостаточно изучены.

Современная психопатология негативных расстройств опирается на длительный исторический опыт, заложенный еще в донозологический период. По утверждению J. Jackson, негативные симптомы отражают «выпадение» рефлексов на уровне высших когнитивных, эмоциональных и психологических функций, в то время как позитивные представляют собой «феномен высвобождения» (т.е. они вторичны по отношению к первичным — негативным расстройствам — А.С.) и лишь искажают или гиперболизируют нормальное функционирование.

При этом негативная симптоматика отличается стойкостью и у 20—40% персистирует после первого эпизода шизофрении [2,7], а у 16—35% — в течение года по его миновании [1,3,4] и у 35% — даже через 2 года после первой госпитализации. Другим аргументом является незавершенность клинического анализа шизофренического дефекта, несмотря на понимание негативной симптоматики как «ключевого домена психопатологии шизофрении» [6,8].

Таким образом, состояния, составившие предмет настоящего исследования, правомерно отнести к пространству дефицитарных расстройств, концептуализируемых в ряде современных публикаций в рамках негативной шизофрении.

Цель исследования. Провести концептуальный анализ негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренических спектрах.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что такое распределение не случайно, но подчиняется дихотомии базисной симптоматики «общих синдромов». Хотя в соответствии с психометрической оценкой в структуре каждого из рассматриваемых общих синдромов представлены как волевой дефект — абулия/абулия с феноменом зависимости, так и дефект эмоциональный, т.

е. обе составляющие, отражающие дихотомическую структуру шизофренического дефекта, распределение этих паттернов негативных расстройств в клиническом пространстве общих синдромов неравномерно.

Анализ имеющейся в нашем распоряжении казуистики позволяет (как уже указывалось выше) предполагать, что ранжирование психопатоподобных расстройств в соответствии с дихотомией базисного дефекта возможно (и осуществимо) не только в пределах одного, отдельно взятого кластера РЛ, но приобретает более универсальный характер и справедливо для распределения всех психопатоподобных расстройств независимо от кластера РЛ, к которому они принадлежат.

Общая структура дефицитарных изменений по типу волевого дефекта, экстраполируемая на все представляющие ее синдромы дефензивного полюса, характеризуется грубым снижением психофизической выносливости (при перекрывании волевых расстройств с астенической симптоматикой) и/или волевой регуляции психической деятельности (апатия-абулия по SANS — $4,3 \pm 0,7$ балла; волевые нарушения по PANSS — $5,1 \pm 0,3$ балла; астения по MFI-20 — $77 \pm 15,3$ балла), с нарастанием пассивности, ведомости и нерешительности, присоединением черт астенического аутизма и зависимости от узкого круга значимых других (снижение коммуникабельности по PANSS — $3,5 \pm 0,5$ балла; отсутствие близких друзей по SPQ-A — $5,6 \pm 0,4$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $3,2 \pm 0,2$ балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A — $6,2 \pm 1,3$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS — $5,2 \pm 0,4$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R — $1,5 \pm 0,3$ балла; $p \leq 0,01$). Эмоциональные расстройства в этой группе выражены в незначительной степени и отражают обеднение общего уровня социальной активности (связанное в первую очередь с астенической симптоматикой, резко заостренными рефлексивными механизмами, а также склонностью пациентов к формированию

сенситивных идей отношения) и сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS — $3,0 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $3,7 \pm 0,4$ балла).

Единая для всех «общих синдромов» экспансивного полюса (с картиной дефекта эмоционального типа) структура дефицитарных изменений на статистически значимой основе отличается (в противовес дефицитарным расстройствам волевого типа) сохранением общего психофизического напора, при котором явления редукции энергетического потенциала проявляются не снижением уровня психической энергии, а его искажением в виде хаотичной, утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности.

Это особенно очевидно при сопоставлении характеристик трудового статуса пациентов с показателями шкал апатоабулических изменений (апатия-абулия по — SANS — $3,6 \pm 0,3$ балла; волевые нарушения по PANSS — $2,7 \pm 1,2$ балла; астения по MFI-20 — $25 \pm 11,2$ балла).

На первый план общих для всей группы негативных расстройств эмоционального типа вступают выраженные изменения собственно эмоциональности (ангедония-асоциальность по SANS — $4,3 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $6,8 \pm 0,4$ балла), проявляющиеся грубым ее обеднением с формированием черт регрессивной синтонности, утратой способности к эмпатии и формированию глубоких эмоциональных привязанностей, патологическим заострением черт рационализма, эгоцентричности и прагматизма (отсутствие близких друзей по SPQ-A — $8,3 \pm 0,4$ балла; снижение коммуникабельности по PANSS — $5,1 \pm 1,2$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $4,5 \pm 0,3$ балла; эксцентричное поведение по SPQ-A — $5,7 \pm 1,8$ балла; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) — $0,9 \pm 0,2$ балла; межперсональная

тревожность по SCL-90 — $0,2 \pm 0,5$ балла; враждебность по SCL-90 — $1,9 \pm 0,3$ балла).

Установлено, что психопатологические проявления дефекта при расстройствах шизофренического спектра представлены дефицитарными симптомокомплексами психопатического регистра (психопатоподобные нарушения), носят ограниченный (циркумскриптный) характер, имеют моносиндромальную структуру, обнаруживаются уже на уровне продромальных расстройств и связаны с преморбидными патохарактерологическими дименсиями.

Определена траектория негативных расстройств при расстройствах шизофренического спектра, характеризующихся ограниченной прогрессивностью, - завершающихся на продромальном этапе либо продромальным, либо фазным течением.

Также обсуждаются аспекты психофармакотерапии негативных расстройств препаратами современных генераций.

Вывод. Таким образом, психопатоподобные симптомокомплексы, выступающие в пространстве «общих синдромов», могут быть квалифицированы в качестве вторичных по отношению к базисным дефицитарным расстройствам.

Соответственно выделение психопатоподобного дефекта как синдромальной (рядоположенной другим) формы негативных расстройств, по данным наших исследований, представляется неправомерным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бархатова, А. Н. Клинико-психопатологические аспекты дефицитарных расстройств в структуре начальных этапов юношеского эндогенного психоза /А. Н. Бархатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2015. - №9. - С. 8-16.

2.Иванов, С. В. Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях / С. В. Иванов, Д. С. Петелин // Психические расстройства в общей медицине. - 2016. - №3. - С.17-25.

3.Каледа, В. Г. Юношеская шизофрения: особенности психопатологии, клиники и терапии / В. Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. - Т.115. - №11. - С. 26-33.

4.Мосолов, С. Н. Алгоритмы биологической терапии шизофрении / С. Н. Мосолов, Э. Э. Цукарзи, П. В. Алфимов // Журнал Современная терапия психических расстройств. 2014. - №1.

5.Сергеев, И. И. Патологические интересы и увлечения при шизофрении / И. И. Сергеев, С. А. Малиночка // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2008. - Т. 108. - № 3. - С. 11-17.

6.Ashton, M.C. The maladaptive personality traits of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation / M.C. Ashton, K. Lee, R. E. de Vries, J. Hendrickse, M. Ph. Born // Journal of Personality Disorders. - 2012. -Vol.26. - №5. - P. 641-659.

7.Bolinsky P. K. Revisiting the blurry boundaries of schizophrenia: Spectrum disorders in psychometrically identified schizotypes / P. K. Bolinsky, A. V. James, D. Cooper-Bolinsky, J.H. Novi, H. K. Hunter, D.V. Hudak, K.M. Schuder, K.R. Myers, C.A. Iati, M. F. Lenzenweger // Psychiatry research. - 2015. - Vol. 225. - №3. - P.335-40.

8.Watson, D. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. / D. Watson, L. A.Clark, M. Chmielewski // Journal of Personality. - 2008. - 76. - P. 1545-1585.