

**УДК 616.895.8**

*Аграновский М.Л., Собиров О.О., Муминов Р.К., Азимова Г.А.*

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**ТИПОЛОГИЯ, СТРУКТУРА И МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ  
ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА РЕМИССИЙ ПРИ  
ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**Аннотация:** Термин астения появляется в лексиконе психиатров уже с середины 18 века, однако наиболее значимые и подробные описания астенической симптоматики в структуре шизофрении и расстройств шизофренического спектра опубликованы лишь во второй половине XIX и начале XX столетия.

По данным ряда авторов частота астенических расстройств среди пациентов психиатрических клиник и амбулаторий варьирует от 1,2% до 18% [13,25,38,79,81]. Что касается обсуждаемой проблемы, то, в доступной на сегодня литературе, систематической информации по эпидемиологической оценке астенической симптоматики при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра представлено немного.

**Ключевые слова:** приступообразная шизофрения, астеническая ремиссия, типологи и структура.

*Agranovskiy M.L., Sobirov O.O., Muminov R.K., Azimova G.A.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Andijan State Medical Institute*

**TYPOLOGY, STRUCTURE AND METHODS OF MODERN  
THERAPY OF ASTENIC TYPE OF REMISSIONS IN ACCESSIBLE  
SCHIZOPHRENIA**

**Abstract:** The term asthenia has appeared in the lexicon of psychiatrists since the middle of the 18th century, but the most significant and detailed descriptions of asthenic symptoms in the structure of schizophrenia and

schizophrenic spectrum disorders were published only in the second half of the 19th and early 20th centuries.

According to a number of authors, the frequency of asthenic disorders among patients in psychiatric clinics and outpatient clinics varies from 1.2% to 18% [13,25,38,79,81]. As for the problem under discussion, in the literature available today, there is little systematic information on the epidemiological assessment of asthenic symptoms in schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders.

**Key words:** paroxysmal schizophrenia, asthenic thyremission, typology and structure.

**Актуальность.** Актуальность исследования диктуется относительно высокой частотой астенических ремиссий при шизофрении при недостаточной разработанности проблемы астении в аспекте клинической характеристики, прогностической значимости и терапии. Большинство исследований по данной проблеме выполнены в середине прошлого столетия и свидетельствуют о значительной распространённости астенических ремиссий при разных формах и на разных этапах течения приступообразной шизофрении[3,8].

В основных публикациях, как отечественных, так и зарубежных астения квалифицируется в ряду дефицитарных проявлений эндогенно-процессуального заболевания. При этом целый ряд авторов выделяет астенический дефект в качестве самостоятельной формы конечных состояний [6,9]. Более того, авторы, придерживающиеся концепции редукции энергетического потенциала как базисного гипотетического расстройства, объясняющего (определяющего) все ключевые проявления шизофрении, рассматривают астенический дефект как непосредственное клиническое выражение основного расстройства [2,7].

Приступообразная шизофрения занимает значительное место по удельному весу среди больных этим заболеванием - от 42,9% до 82,8%.

Многочисленными исследованиями достаточно хорошо изучены психопатологические особенности отдельных проявлений этой формы течения процесса - приступов в статике и динамике. При этом ремиссии изучались мало и преимущественно в рамках отдельных форм шизофрении и ее вариантов[1,5].

Представленное в специальной литературе разнообразие видов шизофренических ремиссий по существу отражает лишь статическое послабление патологического процесса о упущением динамики ремиссий между обострением и приступом, а также в последующем течении заболевания[4,7].

Создавшееся положение в научно-клинической психиатрии приводит к несоответствию между знанием шизофрении по ее этапному синдромокомплексу и формообразованию и недостаточным знанием характера видоизменения одного из существенных свойств патологического процесса - ремиссии, что, естественно, задерживает дальнейшее изучение клиники шизофрении в целом.

**Цель исследования.** Изучить психопатологические особенности астенических тип ремиссий в стадии ремиссии приступообразной шизофрении.

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено на материале 63 больных мужского пола в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст –  $41,9 \pm 9,46$  лет) с диагнозом приступообразно-прогредиентной формы шизофрении в стадии ремиссии. С целью исключения влияния гендерного фактора и повышения однородности изучаемой когорты исследование проводилось только на лицах мужского пола.

Средний возраст манифестации заболевания составил  $22,2 \pm 4,2$  года, средняя длительность заболевания -  $18,9 \pm 9,5$  лет. В обследованной когорте у большинства больных (57,1%; 36 чел.) длительность заболевания была более 15 лет, у 11,1% (7 чел.) - от 10 до 15 лет, у 17,5% (11 чел.) - от 5 до 10 лет, и у 14,3% (9 чел.) - до 5 лет.

**Результаты исследования.** Тщательный клинико-психопатологический анализ астенических расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении в стадии ремиссии показал их неоднородность по целому ряду параметров. На этом основании нами было выделено два типа эндогенной астении: *аффективно-астенический тип* ( $n=23$ ; 36,5%) и *негативно-астенический тип* ( $n=40$ ; 63,5%). Последний включал в себя два подтипа: 1 подтип – *негативно-астенический («классический»)* ( $n=32$ ; 80,0%), 2 подтип – *негативно-астенический с 45 проявлениями сверхценной (небредовой) ипохондрии («ипохондрический»)* ( $n=8$ ; 20,0%) .

I тип, аффективно-астенический ( $n=23$ ; 36,5%). Наблюдаемый у этих пациентов астенический симптомокомплекс развивался преимущественно в рамках депрессии легкой степени тяжести (субдепрессии) с выраженным проявлением астении. У большинства пациентов объективно наблюдалась физическая истощаемость – 95,7% (22 чел.), тогда как интеллектуальная нагрузка переносилась легче, и умственная/психическая истощаемость объективно была диагностирована лишь у 43,5% (10 чел.). Больные предъявляли жалобы астенического характера, такие как: повышенная утомляемость – 82,6% (19 чел.); чувство пассивности/вялости – 21,7% (5 чел.); недержание аффекта – 95,7% (22 чел.); сенситивность и ранимость – 43,5% (10 чел.); плаксивость – 26,1% (6 чел.); астенический ментизм – 39,1% (9 чел.); оценка малозначительных событий как психотравмирующих – 87,0% (20 чел.); трудность адаптации в нестандартных условиях – 78,3% (18 чел.).

При детальном анализе психопатологических симптомов у всех больных данного типа выявлялись признаки депрессии: нечеткие суточные колебания состояния с улучшением к вечеру и присутствие, хотя и стертого, тимического компонента.

Наблюдались также пессимистическое содержание господствующих представлений при внешней безучастности больных – 82,6% (19 чел.), идеи самообвинения и малоценностя – 47,8% (11 чел.), пассивные суицидальные мысли («хорошо бы, все быстрее закончилось»; «жизнь не сложилась»; «вот бы заснуть и не проснуться» и т.д.) – 17,3% (4 чел.); признаки идеаторного торможения – 78,3% (18 чел.); отдельные проявления моторного компонента депрессии (медлительность, неловкость, угловатость, неточность тонких движений) – 91,3% (21 чел.). Имеющиеся у большинства больных признаки повышенной рефлексии с ощущением своей изменённости, сочетались с возможностью анализа наступивших с ними перемен – 73,9% (17 чел.). Имели место периодически появлявшиеся на фоне преобладающего безразличия, кратковременные эпизоды тоскливого настроения – 65,2% (15 чел.), эпизоды повышенной раздражительности – 43,5% (10 чел.). Апатия (30,4%; 7 чел.) и другие традиционные компоненты депрессии (тревога – 39,1% (9 чел.); адинамия – 69,6% (16 чел.); психическая анестезия – 34,8% (8 чел.) и т.д.) были также представлены в жалобах больных.

Вышеперечисленную симптоматику дополняли вегетативные расстройства: колебания артериального давления – 43,5% (10 чел.); тахикардия/брадикардия – 30,4% (7 чел.); гипергидроз – 26,1% (6 чел.); озноб – 13,0% (3 чел.); диспептические расстройства – 34,8% (8 чел.); полиурия/дизурия – 17,4% (4 чел.). Важно отметить, что основную массу жалоб больные предъявляли в утреннее время; кроме того, в этот же период дня объективно отмечалась наибольшая выраженность вегетативных расстройств, в частности, повышение показателей

артериального давления, что фиксировалось при утреннем мониторировании.

При анализе нарушений сна у данного типа больных было обнаружено, что доминирующее место занимает ранее пробуждение – 87,0% (20 чел.), несмотря на то, что возникали и трудности с засыпанием – 65,2% (15 чел.). Сон был поверхностный, с обилием сновидений – 34,8% (8 чел.), кроме того, 4 пациента (17,4%) просыпались среди ночи и такое же количество больных предъявляли жалобы на отсутствие чувства сна.

Для астенического симптомокомплекса были характерны и когнитивные расстройства, которые затрагивали психические познавательные процессы – внимание и память: снижение концентрации внимания – 39,1% (9 чел.); повышенная истощаемость внимания – 43,5% (10 чел.); нарушение краткосрочной памяти – 13,0% (3 чел.); нарушение скорости обработки информации – 21,7% (5 чел.).

У пациентов данной типологической группы течение астении отличалось особенностями динамики в течение суток: ухудшение состояния в утренние часы с обилием жалоб астенического характера (ощущение утренней усталости и утомленности – 95,7% (22 чел.)) и постепенное улучшение самочувствия к вечеру.

У больных I типа собственно астенические расстройства были достаточно стойкими и лишь незначительно усиливались в периоды гипотимии, в то время как симптомы депрессии (тревога, апатия, психическая анестезия, пессимизм, ранние пробуждения), напротив, имели отчетливую сезонную динамику.

Изложенный ранее факт, а также вышеописанное выявление в данной группе специфических процессуальных расстройств мышления, общая монотонность и эмоциональная нивелированность пациентов, частое отсутствие критики к перенесенным психозам, данные анамнеза о «характерологическом сдвиге» после психоза, показатели шкалы PANSS,

свидетельствуют о том, что описываемая типологическая группа может называться аффективной в достаточной степени условно, и речь, несомненно, идет о сочетании депрессивной симптоматики и негативных расстройств, а астенические нарушения, по-видимому обусловлены сложным взаимодействием этих двух составляющих синдрома. Тем не менее, следует отметить, что выраженность негативной симптоматики в данной группе была меньшей, по сравнению с негативно-астенической, сведения о которой будут изложены ниже.

Частота встречаемости основных клинических проявлений эндогенной астении у пациентов аффективно-астенического типа представлена в таблице 3.1.

II тип, негативно-астенический ( $n=40$ ; 63,5%). У больных данной типологической разновидности на первый план в клинической картине также выступала астеническая симптоматика, но при детальном психопатологическом обследовании выявлялось преобладание процессуальных негативных расстройств различной степени выраженности в виде эмоциональной нивелировки с рациональной оценкой окружающего – 67,5% (27 чел.), аутизма – 90,0% (36 чел.), психопатоподобных изменений личности по типу «фершробен» - 10,0% (4 чел.), апатии – 47,5% (19 чел.), абулии – 17,5% (7 чел.), причем последние выявлялись в статусе, но не являлись предметом жалоб пациентов. Отличительной особенностью эндогенной астении II типа являлось доминирование умственной/психической истощаемости, которая наблюдалась у 97,5% больных (39 чел.), над физической истощаемостью (40,0%; 16 чел.). Кроме того, снижение активности у большинства больных характеризовалось преобладанием в психическом статусе вязкости аффекта, медлительности, безынициативности – 90,0% (36 чел.), и сочеталось с общей монотонностью внешнего облика – 70,0% (28 чел.), стереотипностью мимики и моторики – 47,5% (19 чел.), ригидностью

психических функций – 35,0% (14 чел.), при этом отсутствовали какие бы то ни было признаки гипотимии.

Больные данной типологической разновидности при подробном расспросе предъявляли жалобы в основном на умеренно выраженное чувство пассивности и вялости (92,5%; 37 чел.) и избегали сообщать об этом окружающим (80,0%; 32 чел.).

Вегетативная симптоматика была менее интенсивной по сравнению с аффективно-астенической группой: колебания артериального давления – 20,0% (8 чел.); тахикардия/брадикардия – 12,5% (5 чел.); гипергидроз – 7,5% (3 чел.); озноб – 5,0% (2 чел.); диспептические расстройства – 10,0% (4 чел.); полиурия/дизурия – 5,0% (2 чел.).

Собственно астеническая симптоматика проявлялась недостаточным, поверхностным осмыслением заданий – 77,5% (31 чел.), недостаточной умственной продуктивностью – 70,0% (28 чел.), когнитивными нарушениями в виде снижения концентрации внимания – 65,0% (26 пациента), повышенной истощаемостью внимания – 70,0% (28 чел.), нарушением краткосрочной памяти – 25,0% (10 чел.) и скорости обработки новой информации – 47,5% (19 чел.).

Выявленная клиническая неоднородность психического состояния у больных с негативно-астеническим типом, позволила выделить два подтипа астенических расстройств: **1 подтип II типа – негативно-астенический («классический»)** (n=32; 80,0%), в котором негативно-астеническая симптоматика не сочеталась с другими психопатологическими проявлениями. **2 подтип II типа – негативно-астенический с проявлениями сверхценной (небредовой) ипохондрии («ипохондрический»)** (n=8; 20,0%), при котором в психическом статусе выявлялось сверхценное отношение больных к собственному здоровью. При этом в клинической картине отмечалось отчетливое несоответствие обилия «астенических» жалоб поведению, в котором наблюдалась

монотонная стеничность – 87,5% (7 чел.), многоречивость – 75,0% (6 чел.), настойчивость с требованиями повышенного внимания со стороны медперсонала и частых бесед с врачом – 87,5% (7 чел.).

Все пациенты данного подтипа настаивали на дополнительных обследованиях и консультациях специалистов узкого профиля, преимущественно на осмотре их терапевтом и неврологом. При длительном, порой многочасовом, изложении разнообразных жалоб у пациентов не отмечалось признаков утомления. Таким образом, истинной истощаемости при исследовании психического статуса у этих больных не выявлялось. Следует отметить, что отсутствие сопряженности между интенсивностью фоновой астении и выраженностью ипохондрических переживаний является важным дифференциально-диагностическим критерием эндогенной астении [Блейхер В.М. с соавт., 1989].

Важно подчеркнуть, что в этой группе пациентов (n=8) жалобы на физическую утомляемость преобладали над жалобами на психическую и были сфокусированы на телесном недомогании, ощущении тяжести в теле, общем бессилии; кроме того, имел место болевой синдром разной степени выраженности (миалгии, головные боли, кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии).

Обобщая сказанное, можно утверждать, что астенические расстройства, наблюдающиеся в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, клинически неоднородны и могут быть разделены на аффективно-астенический и негативно-астенический типы. Аффективно-астенический тип характеризуется преобладанием физической истощаемости над психической, признаками гипотимии, выраженностью вегетативных расстройств, наличием жалоб на свое состояние и критического отношения к нему при умеренной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоционального снижения. Негативно-астенический тип характеризуется

преобладанием психической истощаемости над физической, отсутствием признаков гипотимии, слабой выраженностью вегетативных расстройств, отсутствием у большинства больных жалоб на свое состояние и критического отношения к нему, при значительной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоциональной дефицитарности. Часть больных негативно-астенического типа имела в психическом статусе проявления сверхценной (небредовой) ипохондрии с обилием жалоб сомато-неврологического характера.

Таким образом, выделение нескольких типов астенических расстройств в ремиссии эндогенного процесса является значимым в плане синдромальной диагностики и может считаться одним из факторов, позволяющих уточнить степень прогредиентности течения заболевания.

**Выводы:** 1. Астенические расстройства, наблюдаемые в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, имеют ряд общих клинических особенностей и, в то же время, характеризуются психопатологической неоднородностью.

2. Клинико-психопатологическое исследование позволило выделить два типа эндогенной астении в ремиссии шизофрении: аффективно-астенический и негативно-астенический.

3. Аффективно-астенический тип характеризовался сочетанием аффективной симптоматики и умеренно выраженных негативных процессуальных расстройств, при этом астенический симптомокомплекс развивался преимущественно в рамках депрессии легкой степени выраженности (субдепрессии) и наблюдалось преобладание физической истощаемости над психической (умственной).

4. Негативно-астенический тип отличался преобладанием психической (умственной) истощаемости над физической, наблюдавшийся у пациентов астенический симптомокомплекс входил непосредственно в структуру негативной симптоматики.

5. Выявлены два варианта негативно-астенического типа: «классический», в котором негативная процессуальная симптоматика не сочеталась с расстройствами иных регистров, и «ипохондрический», где негативные расстройства сочетались с сверхценной (небредовой) ипохондрией, при этом наблюдалось несоответствие астенических жалоб поведению больных.

6. По результатам исследования показана вовлеченность воспалительных реакций в патогенез астенических расстройств в ремиссии шизофрении и снижение протеазно-ингибиторного соотношения по сравнению с контролем. Выделенные клинические типы эндогенной астении отличались различными вариантами иммунной дисфункции.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1.Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств - альтернатива или нет? Психиатрия и психофармакотерапия 2016; 8: 5: 3-6.
- 2.Иванов, М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов // СПб. - 2018. – 288 с.
- 3.Медведев В.Э. Негативные расстройства: понятия и терапия. Психиатрия и психофармакотерапия 2011; 6.
- 4.Шабанов, П.Д. Оригинальный антиастенический нейропротектор Метапрот. Методическое пособие для врачей. – М.: АНВИ–лаборатории; СПб.: ВМедА, 2011. – 40 с.
- 5.Bucci L. The negative symptoms of schizophrenia and monoamine oxidase inhibitors. Psychopharmacology. 2017;91(1):104-8.
- 6.Johnson D.A. Significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. Brit J Psychiat 2018;152:320-3.

7.Lindenmayer J., Kay S.R. et al. Schizophrenic patients with depression: psychopathological profiles and the relationship with negative symptoms. Compr Psychiatry. 2011;32:528-33.

8.Tollefson G.D., Sanger T.M., Lu Y., Thieme M.E. Depressive signs and symptoms in schizophrenia. A prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. Arch Gen Psychiatry 2018;55:250-8.

9.Van Putten T., May P.R.A.: “Akinetic depression” in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2018;35:1101-7.