

## Article

# ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕМИССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМЕРЕ ШИЗОФРЕНИИ

Маматхонов М.М. *1 Андижанский государственный медицинский институт, ассистент, Андижан, Узбекистан.*

**Аннотация:** В этой статье будет рассказано о проблеме анализа и оценки непсихотических стадий шизофрении, распространенного типа эндогенного заболевания, и это заболевание является одной из важнейших теоретических и практических проблем клинической психиатрии. Традиционно термин «непсихотические стадии» относится к продромальной стадии заболевания и ремиссии, при этом психотические симптомы не выявляются или временно исчезают (ослабляются).

В статье вновь собраны обширные материалы о взглядах исследователей на проблему ремиссии в мировой психиатрической литературе за последнее столетие, а также о других неуправляемых периодах, таких как продром, результаты.

В статье предлагаются различные принципы, основанные на типологической дифференциации неспецифических этапов, что позволяет применять их к различным целям и задачам соответствующего исследования.

**Ключевые слова:** эндогенная заболевания, ремиссия, профилактика, прогнозирования.

**Актуальность.** При эндогенных заболеваниях ремиссии, формирующиеся при специфических формах психоза, являются одной из наиболее обсуждаемых стадий. Как отмечают многие исследователи [3], большая часть психопатологической картины ремиссии связана с глубиной негативных изменений, определяющих уровень социальной и профессиональной активности пациента [6]. В связи с этим выявление закономерностей формирования ремиссий, оценка их прогностического значения играют важную роль в разработке адекватных подходов, помогающих поддерживать оптимальный уровень социальной и трудовой адаптации пациентов. Психопатологические расстройства являются важной характеристикой ремиссий, они функционируют как четкие признаки, отражающие определенные паттерны траектории развития шизофрении [2].

Известно, что первый психотический эпизод шизофрении, одного из эндогенных расстройств, часто включает продром, характеризующийся симптомами на непсихотическом уровне и ухудшением когнитивных и социальных функций [4]. Эта стадия проявляется накоплением симптомов, определяющих структуру психотического состояния [1]. Ранее предпринимались попытки выделить симптомы первых допсихотических стадий развития болезненного процесса, которые становятся актуальными после проявления психоза и де-

монстрируют связь со снижением социальной активности. Так, в 1959 году В. Янсарик описывает начальную стадию «препсихотического дефицита», характеризующуюся в основном негативными симптомами: снижением интереса, спонтанности, жизнестойкости и эмоциональной реактивности. Понимая, что «палитра» этих препсихотических симптомов часто остается неизменной даже в период ремиссии, после психотического эпизода он пришел к выводу, что остаточный синдром является результатом основного болезненного процесса.

Согласно современной концепции концепции развития эндогенного процесса, прежде всего, необходимо различать эффективные психопатологические симптомы и расстройства дефицитарного круга. Различают трудности в стадии ремиссии, такие как аутичное поведение, эмоциональная сглаженность, аболитические расстройства и ряд других заболеваний, такие проявления могут быть на фоне внешнего выражения позитивных расстройств, в частности депрессивного настроения. [5]. Аффективные расстройства могут существенно изменить стабильную картину ремиссии. В таких случаях речь идет о широком спектре стертых, латентных, редуцированных депрессий, протекающих с ослаблением признаков жизнестойкости, что создает необходимые условия для возникновения

других психопатологических образований, которые носят «фасадный» характер и часто создают впечатление серьезного расстройства на фоне из стертых. «замаскированные» депрессии. Эти факторы [1], согласно данным литературы, способствуют возникновению различных вариантов клинической картины ремиссии.

Таким образом, из-за выраженного торможения мышления и моторики, депрессивных эффектов двигательная диспластичность может давать кататонический фронт ремиссии (называемый дискинетической ремиссией). Выраженные сенестопатические, парестетические и ипохондрические симптомы на приглушенном фоне влияют на цветовую клиническую картину ремиссии с «невротическими» признаками. То же самое можно сказать и о параноидальных «масках», формирование которых в период ремиссии интерпретируется как признак, интерпретируемый как «остаточные» явления — убеждения, обвинения, более характерные для депрессии. Однако попытки отдельно рассмотреть роль и вклад продуктивных или негативных заболеваний на непсихотических стадиях часто оказываются бесперспективными. Рассмотрение психопатологической «мозаики» первых ремиссий на ранних стадиях течения шизофрении, в частности, определение вклада феномена «перекрытия» с другими психопатологическими заболеваниями, представляется задачей, достойной отдельного обсуждения [8]. Таким образом, корреляция негативных заболеваний и осевых, сквозных эффективных симптомов представляет особый интерес, особенно в структуре ранних стадий шизофрении.

**Цель исследования.** Цель данного исследования - выявить основные клинические и психопатологические модели ведения начальной стадии шизофрении, продемонстрировать корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом и профилактикой заболевания.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 60 пациентов, обратившихся в АВПНД с диагнозом шизофрения, и провели у них обследования.

**Результаты исследования.** Дифференциальная диагностика различных форм

шизофрении основывается прежде всего на оценке расстройств, обуславливающих скорость темпа прогрессивности болезненного процесса, и обнаружении признаков шизофренической дефицитарности. В исследовании осуществлен транссиндромальный клинико-психопатологический анализ неманифестных этапов с учетом варианта сочетания негативных, относимых к реестру первичных негативных (снижение экспрессивности аффекта, нарушение внимания, снижение психической активности, аутизация, алогия, абulia) и «сквозных» позитивных расстройств, образующих в итоге некоторые дискретные совокупности.

В основу разделения ремиссий, возникающих на начальном этапе течения шизофрении, был положен принцип лонгитудинального (включая и ретроспективную оценку) наблюдения с установлением динамических корреляций дефицитарных расстройств и позитивной симптоматики, сопричастных к формированию структуры ремиссии. В зависимости от преобладания одного из факторов дефицитарного симптомокомплекса были выделены следующие модели: группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии и группа ремиссии с преобладанием дефицитарного фактора апатии. В каждой из групп были представлены варианты ремиссий без сопряженной продуктивной симптоматики (латентный уровень); с сопряженной симптоматикой, отражающей непрерывный характер процесса (субклинический уровень), и ремиссии с сопряженной редуцированной продуктивной симптоматикой психотического периода (резидуальный уровень).

Для группы ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии, которые наблюдали у 42,2% больных, характерными были астенические ремиссии, ремиссии по типу нажитой циклотимии, ипохондрические ремиссии, в том числе ремиссии с явлениями диспсихофобии, моральной ипохондрии, психастенические ремиссии, параноидные, ремиссии по типу «носителей голосов». Чаще данные варианты ремиссий отмечены у лиц, заболевших в юношеском возрасте. В качестве одного из первых и основных признаков данного типа выступает эмоциональное упло-

щение, нивелируется способность к анализу и переработке эмоционального опыта, нарушается нюансировка межличностных отношений. Анализ динамики становления ремиссий показал, что первичными оказались снижение общего тонуса с констатацией интеллектуального дискомфорта, потеря способности к сложной, аналитической интеллектуальной деятельности.

Для ремиссий, клинический тип которых проявлялся в виде «нажитой» циклотимии, дистимии, по типу диспсихофобии или моральной ипохондрии, продолжительность заболевания составляла в среднем 2,5—3,2 года. Формирование дефицитарных расстройств происходит за фасадом аффективной патологии гипотимического полюса. На этапе первой ремиссии пациенты, как правило, обладали низкой эмоциональной устойчивостью, демонстрировали нестабильность своего состояния, эпизоды дисфории, краткие квазипсихотические эпизоды с актуализацией расстройств невротического и аффективного регистров наряду с гиперболизацией черт тревожности, неуверенности, эскапизма, отказ от решения своих функциональных проблем и трудных ситуаций. При формировании варианта ремиссий с соучастием редуцированных продуктивных расстройств психотического периода были отмечены ремиссии параноидные с резидуальным бредом, по типу «носителей голосов», дискинетические. Данный тип характеризовался большей стабильностью проявлений и длительностью, но с более низким ее качеством.

Группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора апатии состояла из 57,8% наблюдений. Эти ремиссии формировались у пациентов, заболевших в подростковом возрасте, при длительности заболевания не менее 4,2—5,1 года. В основании формирования этой группы ремиссий лежат дефицитарный симптомокомплекс с преимущественным нарушением мотивационного компонента психической деятельности. Дефицитарные расстройства выступают в качестве очерченных и проявляются в виде ослабления витальных стимулов (побуждений) при незначительном снижении общей психической активности. Отмечались такие типы ре-

миссий, как ремиссии по типу «астенической шизоидизации», по типу «стенической шизоидизации»; ремиссии с регрессивной синтонностью, аутистические, ремиссии по типу «новой жизни», типа фершробен, дискинетические), апатические ремиссии. Большинство пациентов этой группы в ремиссии демонстрировали такие признаки, как резкое сужение спектра социальной активности, тотальный инфантилизм, зависимость, узость интересов и парадоксальность эмоциональных реакций, потребность в постоянной паттернализации. При относительной сохранности энергетического потенциала они демонстрировали свою социальную беспомощность, проявляющуюся прежде всего в реализации социальной и учебной адаптации.

Анализ динамики состояний указал на устойчивое присутствие таких проявлений, как апатия, снижение потребности в эмоциональном контакте, утрата способности получить удовольствие. Заболевание на начальном этапе характеризуется медленным, непрерывным течением, активность эндогенного процесса реализуется в форме затяжных субдепрессивных фаз с явлениями аутопсихической деперсонализации (отчуждение эмоций, собственных психических функций). Многообразные субъективные проявления, характерные для стадии «базовых расстройств», если таковые имели место, утрачивают признаки субъективной переработки, возникшие изменения приобретают характер аутентичности.

Для варианта ремиссии с соучастием расстройств невротического регистра с формированием сверхценных симптомокомплексов наиболее инертными в плане динамики оказывались невротические расстройства и сверхценные образования (увлечение коллекционированием, особыми способами самолечения и физической закалки и т. п.), возникшие, еще до развития манифестных приступов («сквозная» симптоматика), эти явления оставались в дальнейшем почти без изменений. В случае наличия паранойяльных идей, наблюдавшихся на доманифестном этапе, в ремиссиях они чаще полностью редуцируются, при сохранении готовности к формированию ситуационно обусловленных паранойяльных реакций. При сохранении продуктивных нару-

шений перенесенного психотического этапа они несли черты монотонности и стереотипности проявлений.

В современных исследованиях шизофрении угасание эмоциональной жизни и волевой активности выводится в качестве кардинальных признаков формирующегося синдрома дефицита. Однако ряд проявлений, трактуемых как негативные и обнаруженных в период первых ремиссий, не были в истинном смысле дефицитарными и оказались в большей или меньшей степени обратимыми. При наблюдаемом синдромологическом полиморфизме удаление от возраста начала и манифестации в известной мере «стирает» наличие оттенков психопатологических расстройств, лишая возможности выделения прогностически определяющих компонент.

**Вывод.** Рассмотрение дефицитарных расстройств с позиции двухфакторной модели позволяет определить не только степень прогрессивности, но и весьма существенно сказывается на проявлении картины психопатологических расстройств в ремиссии, что в значительной степени определяет различия между ними.

Механизм привлечения к анализу ремиссии профиля дефицитарных расстройств с учетом их доминирующего компонента был оправдан только с привлечением системы проспективного обоснования при их сопоставлении, т. е. катamnестического доказательства.

Нарушения, регистрируемые в доманифестном периоде, имеют биологическую близость с болезненным процессом и несут прогностическое значение для типа течения болезни. Именно поэтому оценка ремиссий, протекающих с дефицитарными расстройствами, оказалась важной не столько для квалификации собственно психопатологического варианта ремиссии, сколько как самостоятельная, прогностически значимая характеристика, способствующая определению темпа прогрессивности шизофрении.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2014. - № 4. - С. 156-158.

2. Бобров А.С., Петрунько О.В. Депрес-

сивные расстройства: междисциплинарный подход // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. Здоровье населения Иркутской области: проблемы и пути решения: Материалы научно-практической конференции. - 2013. - № 3. - С. 26-30.

3. Петрунько О.В., Клименко О.Г. Инвалидность вследствие аффективных нарушений в Иркутской области по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. - 2013. - № 2 (90), Ч. 1. - С. 107-110.

4. Depression in Primary Care. Vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville M.D.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR, 1993. (No. AHCPR Publication Nos. 93-0551).

5. Keller M.B. Issues in treatment-resistant depression // J. Clin. Psychiatry. - 2005. - Vol. 66 (suppl. 8). - P. 5-12.

6. Nemeroff C.B. Prevalence and management of treatment-resistant depression // J. Clin. Psychiatry. - 2007. - Vol. 68 (suppl. 8). - P. 17-25.

7. Thase M.E. Achieving remission and managing relapse in depression // J. Clin. Psychiatry - 2003. - Vol. 64 (suppl. 18). - P. 3-7.

8. Abdumuxtarova, Madina. «ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы).» Международный журнал научной педиатрии 1 (2022): 01-13.