



## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ РЕМИССИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

*Исламов Ш.Х., Долимова М.А.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и  
психотерапии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**Резюме:** Астенические расстройства представляют собой один из наиболее распространённых и клинически значимых синдромов в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении. Их типология отличается разнообразием и включает как преобладание психической истощаемости и сниженной работоспособности, так и эмоционально-волевые и когнитивные дефициты. Клиническое изучение этих форм позволяет выделить варианты течения и взаимосвязь с тяжестью перенесённых приступов, а также с особенностями личностного и социального функционирования пациентов.

Определение клинической типологии астенических расстройств способствует более точной диагностике, прогнозированию течения заболевания и выбору индивидуализированных реабилитационных программ. Практическое значение исследования заключается в возможности оптимизации психофармакотерапии и психосоциальных методов коррекции, направленных на повышение качества жизни больных и предупреждение формирования стойких негативных изменений.

**Ключевые слова:** астения, типология, шизофрения, ремиссия, расстройства.

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES AND  
COURSE VARIANTS OF ASTHENIC DISORDERS IN THE STRUCTURE  
OF REMISSIONS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA**



*Islamov Sh.Kh., Dolimova M.A.*

*Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and  
Psychotherapy,  
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan*

**Resume:** Asthenic disorders represent one of the most common and clinically significant syndromes observed during remission of paroxysmal-progressive schizophrenia. Their typology is diverse and includes manifestations such as predominance of mental exhaustion and reduced working capacity, as well as emotional-volitional and cognitive deficits. Clinical assessment of these forms makes it possible to identify different variants of their course and to establish correlations with the severity of previous episodes, as well as with the characteristics of patients' personal and social functioning.

Defining the clinical typology of asthenic disorders contributes to more accurate diagnostics, better prediction of the disease course, and the selection of individualized rehabilitation programs. The practical significance of the study lies in the possibility of optimizing psychopharmacotherapy and psychosocial interventions aimed at improving patients' quality of life and preventing the development of persistent negative changes.

**Key words:** asthenia, typology, schizophrenia, remission, disorders.

**Актуальность.** Проблематика распознавания, постановки диагноза и лечения астенических и астеноподобных состояний остаётся одной из наиболее сложных и дискуссионных в современной психиатрической науке. Это обусловлено, с одной стороны, их чрезвычайной распространённостью — частота встречаемости в психиатрической практике колеблется от 10% до 45%, — а с другой стороны, низкой нозологической специфичностью астенической симптоматики. Астенический синдром рассматривается как своего рода



«базовый» пласт психопатологических проявлений, который может входить в структуру самых различных психических расстройств [4].

Неспецифический характер астении затрудняет её нозологическую квалификацию, поскольку сходная симптоматика встречается не только при эндогенных и экзогенных психических заболеваниях, но и при ряде соматических патологий [9]. В силу значительной клинической вариабельности её проявлений неоднократно предпринимались попытки классификации и систематизации астенических симптомов. Однако и сегодня в действующих международных классификациях психических расстройств диагностические критерии астении очерчены предельно размыто и, как правило, сводятся к двум основным признакам — повышенной истощаемости и чувству слабости, усиливающимся при интеллектуальных или физических нагрузках.

К числу дополнительных признаков обычно относят раздражительную слабость, повышенную сенситивность к внешним раздражителям, вегетативные нарушения, головные и мышечные боли, головокружения и расстройства сна [5]. Несмотря на то, что вопросам шизоастении посвящено большое количество исследований, до настоящего времени отсутствует унифицированная дефиниция данного феномена, нет чёткой классификации и синдромологической оценки астенических расстройств при шизофрении и эндогенных депрессиях, что нередко приводит к диагностическим затруднениям и ошибкам.

Особое внимание в современной психиатрии уделяется астеническим состояниям, которые трактуются в контексте как позитивной, так и негативной симптоматики [7]. Для шизофрении характерно то, что астения проявляется практически на всех стадиях заболевания: начиная с продрома [3] и раннего дебюта [1], далее на манифестном этапе [8], и продолжая периодами ремиссии [5], включая стабилизацию с формированием так называемого «астенического дефекта» [11].



На заключительных стадиях эндогенного процесса астенический синдром выражается множеством клинических проявлений: когнитивными нарушениями, изменением соматопсихического восприятия [6], устойчивым снижением работоспособности и способности к активности, что связано с общим уменьшением объёма психической и физической энергии [2]. В ряде случаев астения приобретает форму «соматопсихической хрупкости» [4,9], сопровождается ипохондрическими идеями либо сочетается с аффективными расстройствами субдепрессивного уровня [3].

Выявлено, что астенические проявления у больных шизофренией в значительной степени сопряжены с прогредиентностью процесса и могут рассматриваться как своеобразный клинический индикатор негативной симптоматики, хотя при этом они не являются её прямым аналогом [7]. По мнению исследователей, наибольшую сложность представляет разграничение астенических феноменов от близких по феноменологии состояний, связанных с депрессивными нарушениями, персистирующей продуктивной психотической симптоматикой, побочными эффектами антипсихотической терапии или проявлениями госпитализма [10].

С указанными трудностями тесно сопряжён и вопрос медикаментозной коррекции негативных нарушений, включая астенические состояния. Современные психофармакологические стратегии пока демонстрируют ограниченную эффективность в их преодолении [6]. В то же время результаты последних исследований подтверждают значимую вовлечённость иммунной системы в патогенез эндогенных психических расстройств, что открывает новые перспективы для поиска терапевтических подходов [8].

Изучение биологических механизмов, включая иммунные факторы, в патогенезе психических расстройств, а также их роли в формировании клинической картины и характере течения заболеваний, в настоящее время рассматривается как одно из наиболее перспективных и инновационных направлений психиатрии [2]. Применение подобных показателей не только



способствует уточнению диагностики, но и открывает возможности для оценки эффективности различных терапевтических вмешательств.

Следует подчеркнуть, что клинико-биологические исследования пациентов, страдающих шизофренией, в которых акцент сделан на объективизацию выраженности и структуры астенической симптоматики, практически отсутствуют. В этой связи особую значимость приобретает поиск надёжных биомаркеров, позволяющих проводить дифференциальную диагностику и контролировать эффективность лечения астенических расстройств в фазе ремиссии. На сегодняшний день подобные попытки системного анализа практически не предпринимались.

Таким образом, сохраняющаяся неопределенность в вопросах классификации, синдромологической и нозологической оценки астенических нарушений, а также отсутствие патогенетически обоснованных терапевтических алгоритмов обусловливают актуальность настоящего исследования.

**Цель исследования.** Определить клинико-психопатологические особенности и типологию астенических расстройств в ремиссиях приступообразно-прогредиентной шизофрении, а также выявить их взаимосвязь с биологическими (в том числе иммунными) показателями для совершенствования диагностики и повышения эффективности терапии.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 63 пациента мужского пола с приступообразно-прогредиентной формой шизофрении, находившиеся в состоянии ремиссии. Возраст обследованных колебался от 23 до 58 лет, при этом средний показатель составил  $41,9 \pm 9,46$  года. Дебют заболевания приходился в среднем на  $22,2 \pm 4,2$  года, а средняя продолжительность шизофренического процесса к моменту обследования равнялась  $18,9 \pm 9,5$  года.

Для получения объективных данных использовался комплекс методологических подходов: клинико-психопатологический анализ,



психометрическая оценка (с применением шкал PANSS, SANS, CDSS, VAS-A, MFI-20), а также методы статистической обработки результатов.

**Результаты исследования.** По результатам клинико-психопатологического анализа у всех пациентов были выявлены состояния с выраженным признаками астении. Клиническая картина включала широкий спектр проявлений: снижение или утрата способности к длительному умственному напряжению, трудности в концентрации внимания, ощущение невозможности сосредоточиться на одной задаче, затруднения при словесной передаче собственных переживаний («не могу подобрать нужные слова»). Также фиксировались снижение уровня психической активности, затруднения при выполнении даже простых видов умственной работы, субъективное ощущение постоянной усталости, разбитости, повышенной психической истощаемости и трудности в усвоении новой информации. Помимо этого, отмечалась раздражительная слабость, сопровождавшаяся эмоциональной нестабильностью и вспышками недовольства.

У большинства обследованных — 54 человек (85,7%) — астенический симптомокомплекс дополнялся выраженным вегетативными нарушениями. Наиболее часто встречались головные боли, головокружения, чувство тяжести в голове, колебания артериального давления и пульса. Пациенты жаловались на диспептические явления, склонность к внезапному покраснению или побледнению кожи, ощущение жара при нормальной температуре тела либо, напротив, повышенную зябкость. У ряда больных отмечалась усиленная локальная потливость.

**I тип — аффективно-астенический** ( $n = 22$ ; 34,9%) формировался в рамках депрессивных состояний и характеризовался выраженной астенической симптоматикой. Наиболее часто фиксировалась физическая истощаемость, объективно выявленная у 63,6% пациентов (14 чел.), тогда как интеллектуальные нагрузки переносились несколько легче, и признаки умственной/психической истощаемости отмечались у 36,4% (8 чел.).



Жалобы астенического характера включали:

повышенную утомляемость — 86,4% (19 чел.),  
чувство вялости и пассивности — 22,7% (5 чел.),  
недержание аффекта — 81,8% (18 чел.),  
сенситивность и повышенную ранимость — 45,5% (10 чел.),  
плаксивость — 27,3% (6 чел.).

Кроме того, у 40,9% больных (9 чел.) отмечался астенический ментизм, у 77,3% (17 чел.) — тенденция придавать чрезмерное значение малозначительным событиям, воспринимая их как психотравмирующие. Более половины (63,6%; 14 чел.) демонстрировали затруднения при адаптации в новых или нестандартных ситуациях.

**II тип — негативно-астенический** ( $n = 41$ ; 65,1%) встречался значительно чаще и составил две трети выборки. Ведущей также оставалась астеническая симптоматика, однако детальный клинико-психопатологический анализ выявил доминирование негативных нарушений. К наиболее характерным признакам относились:

эмоциональная нивелировка при сохранении рациональной оценки происходящего — 58,5%,  
нарастающий аутизм — 90,2%,  
апатия — 43,9%,  
абулия — 17,1%,  
психопатоподобные личностные изменения по типу фершробен — 7,3%.

Следует подчеркнуть, что апатические, абулические и психопатоподобные проявления фиксировались объективно в статусе, но не предъявлялись пациентами в виде активных жалоб.

Характерным признаком эндогенной астении II типа являлось преобладание умственной/психической истощаемости, выявленной у 82,9% пациентов, над физической, которая фиксировалась лишь у 41,5%



обследованных. Снижение активности преимущественно проявлялось особенностями психического статуса: вязкостью и замедленностью мышления, отсутствием инициативы и самостоятельности (65,9%). В ряде случаев (34,1%) эти проявления сопровождались общей монотонностью внешнего облика, однообразием мимики и моторики (26,8%), а также ригидностью психических процессов (34,1%). При этом гипотимические симптомы полностью отсутствовали.

При объективной проверке толерантности к физическим нагрузкам (занятия в тренажёрном зале) статистически достоверных признаков доминирования физической астении выявлено не было. Напротив, даже после кратковременной интеллектуальной деятельности на первый план выходили нарушения мышления: соскальзывания, единичные шперрунги, разноплановость, чрезмерная витиеватость и склонность к рассуждательству при отсутствии критики к этим проявлениям.

Субъективно пациенты постоянно отмечали чувство усталости и переутомления, которое не исчезало даже после продолжительного отдыха. Большинство из них были убеждены, что даже минимальное физическое усилие приведёт к резкому усилению истощаемости, чувству «крайней утомлённости» и усугублению сопутствующих симптомов, включая вегетативные расстройства. Внешне они производили впечатление людей недовольных, хмурых, с элементами депрессии, однако ни один из больных не предъявлял жалоб на снижение настроения.

**Вывод.** Сопоставление полученных данных с литературными источниками свидетельствует об их соответствии ранее опубликованным результатам, подтверждающим наличие астенической симптоматики у пациентов с шизофренией в фазе ремиссии. В то же время важным и новым аспектом нашего исследования является установление неоднородности клинических проявлений, а также их взаимосвязи с аффективными, ипохондрическими и негативными расстройствами. Анализ доступной



литературы последних лет не выявил работ, в которых аналогичные направления рассматривались бы столь детально. Следовательно, полученные результаты могут послужить основой для дальнейших клинико-психопатологических и клинико-биологических изысканий, направленных на уточнение диагностики и оптимизацию терапевтических подходов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аведисова А.С. Астенический синдром в психиатрической практике: клиника, диагностика, терапия. – М.: Медицинская книга, 2017. – 256 с.
2. Арутюнян А.В., Гаспарян А.Г. Иммунные механизмы в патогенезе эндогенных психических заболеваний. – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019; 119(2): 45–52.
3. Бобров А.Е. Продромальные проявления шизофрении: астенические и когнитивные симптомы. – Психиатрия, 2016; 14(3): 22–28.
4. Вельтищев Ю.Е. Астенические состояния в клинике внутренних и психических заболеваний. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.
5. Гаврилова С.И., Тювина Н.А. Шизофрения: диагностика, клинические варианты и терапия. – М.: МЕДпресс-информ, 2020. – 368 с.
6. Жариков Н.М., Кудрявцев И.А. Негативные расстройства при шизофрении: клиника и патогенез. – Вестник психиатрии и психологии, 2015; 21(4): 17–24.
7. Зайцев О.С., Чуев Ю.В. Астения как клинический маркер психических расстройств. – Психиатрия и психофармакотерапия, 2018; 20(1): 31–38.
8. Иванов С.В. Манифестные проявления приступообразно-прогредиентной шизофрении. – Журнал клинической психиатрии, 2017; 9(2): 10–16.
9. Карпов Б.А. Астено-подобные состояния при соматической патологии: проблемы дифференциальной диагностики. – Терапевтический архив, 2016; 88(7): 55–60.



10. Морозов П.В. Побочные эффекты антипсихотической терапии и их роль в формировании астенических симптомов. – Психиатрия сегодня, 2019; 12(1): 40–47.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при шизофрении: клинико-диагностические и терапевтические аспекты. – М.: Медицинская литература, 2015. – 240 с.