

УДК 616.89 (075.8).

М.Ш. ДЖАМАНТАЕВА, А. Б. АЛИМБЕКОВА, З.Т. БЕКТАСОВА

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии.
РНПЦ ППН, г. Алматы

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И СИНДРОМОЛОГИЯ.

В работе приведен обзор литературы по сенестопатической шизофрении. В сообщении I анализируются литературные данные по симптоматологии и синдромологии сенестопатической шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, сенестопатия, ипохондрия.

Шизофрения с преобладанием сенестопатических расстройств рассматривалась в качестве варианта относительно благоприятной формы вялотекущей шизофрении с непрерывным или приступообразным течением [1]. В клинике подобного варианта шизофрении наблюдались сенестопатически-ипохондрические расстройства невротоподобного уровня, аффективные, психопатоподобные проявления и другие, а также специфические негативные симптомы, характерные для шизофрении, но не достигающие глубокой степени шизофренического дефекта.

Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) значительно сузила рамки шизофрении, исключив из неё вялотекущую форму. Вялотекущая, или малопрогредиентная, шизофрения упоминается в адаптированной русской версии МКБ-10 в рубрике «Шизотипические расстройства» – F21. Вместе с тем, в числе форм шизофрении в МКБ-10 сохранена сенестопатическая шизофрения под рубрикой «другие формы шизофрении» - F20.8, но каких-либо диагностических указаний не приводится. Таким образом, возникает проблема диагностики этой формы шизофрении.

Прежде чем приступить к аналитическому обзору литературы по сенестопатической шизофрении, целесообразно определить дефиниции понятий «сенестопатия», «ипохондрия», так как дихотомическое деление этих расстройств признается не всеми исследователями. Необходимо определить взаимоотношения указанных состояний с другими психопатологическими расстройствами, такими как сверхценные, навязчивые идеи, бред, аффективные расстройства. Важно определить подходы к выделению сенестопатически-ипохондрических синдромов.

Феноменология сенестопатически-ипохондрических расстройств

К сенестопатиям в соответствии с точкой зрения, высказываемой рядом авторов, относятся патологические ощущения, характеризующиеся как необычные, тягостные, трудно поддающиеся словесному оформлению, и не имеющие под собой определенной соматической /неврологической основы [1,2,3,4].

Предпринимавшиеся различными авторами попытки классификации сенестопатий в зависимости от качества испытываемых ощущений носили в основном чисто описательный характер. Это относится не только к старым, но и к более поздним классификациям [5,6]. G. Huber предлагает подробную и, как представляется, чрезмерно детализированную систематику проявлений сенестопатий, обозначив их как коэстетезии.

Наиболее часто встречаются сенестопатии, которым W. Jahrreiss затрудняется дать сколько-нибудь четкую качественную характеристику, можно лишь отметить их странность и необычность [5]. Больные испытывали «корябания» под лопаткой, жаловались на ощущение «щелчка» в голове, чувствовали «как что-то ковыряется в голове», «словно по голове водят током Д'Арсонваля».

На втором месте по частоте стоят термические сенестопатии. Больные ощущали «как будто теплая волна проходит в верхней части головы», испытывали «напряженное ощущение жжения» в области гениталий, распространяющееся по позвоночнику в желудок «наслаиваясь друг на друга». На третьем месте стоят встречающиеся с одинаковой частотой сенестопатии,

приближающиеся к парестезиям и к неприятным витальным ощущениям.

Остальные разновидности сенестопатий (алгические, ощущения натяжения, бурления крови) наблюдаются лишь в единичных случаях.

Следует подчеркнуть, что у большинства больных наблюдались одновременно сенестопатии с различным оттенком ощущений, тогда как в редких случаях сенестопатии могут быть отнесены только к одной из перечисленных групп.

По локализации патологических ощущений сенестопатии могут быть разделены на 2 группы: с локализацией в одном органе или системе и с множественной локализацией. Из различных органов сенестопатии чаще всего проецировались больными в голове, в сердце, груди, желудке [7]. Sattes H. приводит статистические данные, подтверждающие частоту подобной локализации [8]. По данным А.С. Аведисовой, локализация патологических ощущений чаще наблюдается в органах брюшной полости, малого таза или в области позвоночника [9].

При локализации патологических ощущений в пространстве кожного покрова могут наблюдаться элементарные сенестопатии – коэстетезии: щекотание, зуд, свербение, ощущение дискомфорта. Странные патологические телесные ощущения подразделяются на статические (зуд, алгии и др.) и кинетические (шевеление, копошение, ползание чего-то и др.) [10,11].

В некоторых случаях сенестопатии не имели четкой локализации, носили мигрирующий характер, распространение их не соответствовало ни зонам иннервации, ни анатомическим границам [5].

Для феноменологического анализа важно дифференцировать сенестопатии от тактильных иллюзий, являющихся телесными фантазиями статического или кинетического типа; а также от тактильных галлюцинаций при дерматозойном бреде Экбома и соматических галлюцинаций (иначе: висцеральных галлюцинаций, галлюцинаций общего чувства) [12]. Необходимость такой дифференциации отмечал еще К.А. Скворцов [13], но четкий критерий для нее сформулировал А.В. Снежневский [14], указав, что галлюцинации отличаются от сенестопатий наличием предметности. Критика этого критерия В.Г. Остроглазовым не представляется нам достаточно убедительной [15].

Идеопатический компонент при сенестопатических расстройствах относится к настолько частым проявлениям, что в литературе высказывались утверждения об их неразличимости [16], о том, что жалобы на неприятные телесные ощущения свойственны всем больным с ипохондрией [5,17]. Ипохондрию С.С. Корсаков [18] называл «сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, и склонностью приписывать себе болезни, которых нет», а R.D. Gillespie – убеждением в наличии заболевания при отсутствии причин для этого [19]. Наряду с этим подчеркивалось, что наличие сенестопатий само по себе еще недостаточно для квалификации статуса как ипохондрического, а Г.Г. Шенгеля даже считает сенестопатии нетипичными для ипохондрического синдрома при шизофрении [20,21,22,23]. Напротив, М.Е. Бурно с соавторами при описании клиники «ипохондрических безбредовых шизофренических состояний» основной упор делают на патологические ощущения [24]. По данным И.Р.

Эглитиса [3], ипохондрия отсутствует примерно у ¼ больных с сенестопатиями. На относительную самостоятельность сенестопатий, независимость их от других психопатологических расстройств указывает и Г.С. Гутенева [25].

По мнению L. Süllwold и G. Huber, в качестве «первичных» расстройств выступают коэнестезиопатии – патологические телесные сенсации, на их основе формируются другие психопатологические расстройства, такие как тревога о здоровье, сверхценное, шадьящее отношение к себе [26,27,28].

Что касается современной характеристики понятия «ипохондрия», то никто не возражает; да и нет смысла возражать К.А. Скворцову, когда он требует, прежде всего, условиться «что понимать под этим» [13]. Но анализ высказываний различных авторов свидетельствует о том, что единства взглядов по этому вопросу нет.

А.М. Рыбальский в «Методических рекомендациях» указывает, что «строгое определение ипохондрической идеи» как идеи болезни исключает путаницу, неизбежную при употреблении разнопонимаемых терминов» [29]. С этих же позиций автор в согласии с Яррейсом, А.В. Снежневским [14] относит к ипохондрическому бреду идеи физического уродства (впрочем, здесь можно говорить о самостоятельном дисморфофобическом, или, точнее, дисморфоманическом синдроме). Дисморфофобии, а также бред заражения паразитами относят к ипохондрическим синдромам и зарубежные авторы (Bishop, 1980) [5,14].

По своей феноменологической сущности патологические идеи ипохондрического содержания могут быть как сверхценными, так и бредовыми [30].

К сверхценным образованиям (идея, бред) относятся представления, занимающие необоснованно доминирующее положение в психической жизни больного, отличающиеся психологической «мотивированностью», «понятностью» переживаний, аффективной напряженностью [31, 32].

Ипохондрические идеи по содержанию не несут явно нелепого характера. Как правило, это мысли не о конкретной болезни, а о каком-то недуге вообще. Внимание и интересы направлены на свое здоровье, ощущения. Эти переживания доминируют в сознании больных, определяя их поведение в ущерб высшим интересам. Больные начинали обращаться к врачам, от одного специалиста к другому, проявляя при этом известную стеничность, добиваясь консультаций, консилиумов, проходили через «жернова различных исследований», скрупулезно выполняли назначения врачей [33]. Разуверившись в выздоровлении, начинали заниматься самолечением, читали медицинскую литературу, устанавливали себе диету, особый режим, меняли климат, чрезмерно тепло одевались, «чтобы пропотеть», до изнурения занимались физическими упражнениями и т.д. Формировалась своеобразная система самоощаждения, черты «соматического эгоизма» [34]

Характерной особенностью сверхценных переживаний у больных являлось отсутствие четкой фабулы, иными словами, мыслей о каком-то конкретном заболевании, от которого, по мнению больного, зависели бы все испытываемые им неприятные ощущения. Речь шла скорее о диффузном сверхценном отношении к своему здоровью, о своего рода сверхценной ипохондрической настроенности. Однако у отдельных больных из этой аморфной настроенности в дальнейшем выкристаллизовывались конкретные ипохондрические идеи, которые продолжали носить не бредовый, а сверхценный характер. На смену сверхценным представлениям о каком-то заболевании вообще приходила мысль о возможности какого-то определенного заболевания [7]. Относительное единодушие различных авторов выявляется при описании аффективных расстройств в рамках сенестопатических состояний. «Подавленность, тревога, опасения, страх, пессимизм, растерянность – вот круг отрицательных эмоций, которые являются неотъемлемой частью сложной структуры этих состояний», – писал Л.Л. Рохлин [22]. Дискуссия разворачивается вокруг того, что первично: сенестопатии, ипохондрия или депрессия. А. Stenback, R. Rimon считают, что ипохондрическая идея вызывает вторично отрицательные эмоции – страх, тревогу [35]. Напротив, Н. Weitbrecht, Т.В. Brink,

Ph.D. Carpi и др. утверждают, что ипохондрия является вторичной по отношению к депрессии [36,37,38].

Г.Г. Шенгеля подчеркивает «неподотчетность ипохондрического депрессивному» [23]. В.Ф. Десятников считает, что при ипохондрической шизофрении (в отличие от маскированной депрессии) расстройства настроения, если и возникают, носят реактивный эпикритический, а не витальный характер [39]. С другой стороны, А.К. Ануфриев усматривает во всех случаях сенестопатически-ипохондрических и паранойяльно-ипохондрических состояний при шизофрении наличие скрытой депрессии, подчеркивается родство сенестопатических состояний эндогенной природы скрытым депрессиям [40]. Интересно отметить, что автор ранее (1965г.) высказывал иную точку зрения, полагая, что сенестопатический синдром не имеет ничего общего с эндогенной депрессией, а подавленное настроение у таких больных, естественно, адекватно доминирующим представлениям.

Таким образом, у больных с сенестопатически-ипохондрическим синдромом отмечался пониженный фон настроения, что и дает основание рассматривать депрессию (дистимию) как облигатный признак этого синдрома. Однако особенности депрессии не всегда были одинаковыми.

У части больных наблюдались аффективные расстройства в виде тусклой, но все же достаточно четкой депрессии без признаков двигательного торможения, с нерезко выраженной заторможенностью в интеллектуальной сфере. Отмечалась как суточная динамика состояния, так и ухудшение состояния при психотравмирующих переживаниях. Больные жаловались на неприятные ощущения в области сердца («тяжесть», «как камень на сердце»), особенно выраженные в утренние часы. Иногда субдепрессия принимала оттенок раздражительности, больные начинали брюзжать, выказывать недовольство лечением, врачами. Изредка возникали мысли о собственной виновности.

Для другой группы больных характерными были аффективные расстройства в виде некоторой сниженности настроения с монотонной стеничностью, лишенные таких признаков эндогенности, как чувство витальной тоски, интеллектуальная и двигательная заторможенность, идеи депрессивного содержания (осуждения, обвинения, виновности), суточная динамика состояния и т.д. [7]. При резком усилении сенестопатий у больных этой группы наблюдалась «тревога за здоровье» [41,42], страх смерти, причем на высоте этих состояний имели место параноидные переживания: «врачи узнают их мысли», «передают сведения по микротелефону», что свидетельствовало о большом тяготении течения болезни к параноидному полюсу. Однако подобные эпизоды носили транзиторный характер, не оформлялись в развернутые психотические приступы и не сопровождалась значительным нарастанием негативной симптоматики, что и позволяет рассматривать этих больных в рамках сенестопатической шизофрении.

Синдромология сенесто-ипохондрических расстройств в клинике сенестопатической шизофрении.

Продуктивная психопатологическая симптоматика у больных определялась сенестопатически-ипохондрическим синдромом, который может быть отнесен к неврозоподобному регистру. Г.А. Ротштейн называет в качестве слагаемых ипохондрического синдрома патологические ощущения, патологические идеи и расстройство настроения [30]. Эту характеристику можно принять за исходную, поскольку и другие исследователи не выходят за рамки этих трех компонентов, правда, выдвигая на передний план то один, то другой из них. На высоте развития синдрома эти расстройства неразрывно связаны друг с другом, хотя в ходе его становления они в большинстве случаев появлялись не одновременно. У ряда больных структура синдрома усложнялась – в нее включались также деперсонализационные переживания, дисморфофобии, навязчивости.

Нет единства и в отношении квалификации сенестопатически-ипохондрических расстройств на синдромологическом уровне. Некоторые авторы кладут в основу классификации сенесто-

ипохондрических синдромов их нозологическую принадлежность [43,44,45,46] или предполагаемую локализацию патологического очага [47]. Группировки, предложенные К.А. Скворцовым [48], и, в известной мере, И.Б. Галантом [49], носят эклектический характер, поскольку синдромы выделяются ими то по нозологическому, то по психопатологическому признаку.

Ф.А. Левензон [50], В.И. Григорьев [51] описывают в структуре сенесто-ипохондрического синдрома сенестопатии, навязчивые и сверхценные переживания. Это дало основание М.О. Гуревичу [52] отнести данный синдром к группе невротических синдромов. В.М. Блейхер [53], описывая ипохондрический синдром у больных шизофренией, выделяет в его рамках три варианта: сенестопатический, собственно ипохондрический и ипохондрически-бредовую интерпретацию действительно существующего соматического заболевания.

К.А. Скворцов [54] подразделяет ипохондрические состояния в зависимости от феноменологических особенностей на четыре группы. Автор дает чисто описательную характеристику этих групп, на наш взгляд, их можно квалифицировать как: 1) сверхценную, 2) сенестопатическую, 3) депрессивную и 4) бредовую ипохондрию.

В глоссарии, содержащем описание стандартизированных психопатологических синдромов при шизофрении [55], приводится характеристика невротоподобных состояний с преобладанием сенестопатий, психопатоподобных состояний с повышенной сензитивностью и склонностью к ипохондрическим реакциям. Выделяемые авторами паранойяльный ипохондрический синдром, ипохондрически-сенестопатические состояния в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, ипохондрический вариант синдрома Котара представляют расстройство психотического уровня, что выходит за пределы рассматриваемого вопроса.

Анализируя приведенные выше данные относительно сенестопатически-ипохондрических проявлений при шизофрении, мы считаем возможным отметить, что наблюдается неодинаковое понимание различными авторами самой категории «сенесто-ипохондрическое», взаимоотношения ее с такими психопатологическими явлениями, как бред, аффективная патология, и, соответственно, разный подход к выделению сенесто-ипохондрического (ипохондрических) синдромов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Снежневский А.В. Симптоматология и нозология // В кн.: «Шизофрения, клиника и патогенез». – М.: 1969. – С.5-28.
- 2 Тиганов А.С. Ипохондрический и сенестопатический синдромы // Руководство по психиатрии в 2 томах. – Т.1 / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712с.
- 3 Эглитис И.Р. Сенестопатии. – Рига; Зинатне. – 1977.– 192с.
- 4 Смуглевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. 2-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2009. –256с.
- 5 Jahrreiss W. Das hypochondrische Denken.// Arch. Psychiatr. Nervenkr.-1930. Bd.92.–N.3.– S.686-823.
- 6 Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiat.–1957. –Bd. 25.– N.9. –S.491-520.
- 7 Джамантаева М.Ш. Ипохондрические расстройства при различных клинических вариантах шизофрении. /Автореф. дисс... канд.мед.наук. – Алма-Ата, 1983. –17 с.
- 8 Sattes H. Die Hypochondrische Depression. Untersuchungen über eine polare Struktur des endogenen Depression. – Halle, 1955.– 82S.
- 9 Аведисова А.С. Начальные этапы малопрогрессирующей ипохондрической шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1982.– Т.82.– №1.– С.91-97.
- 10 Berrios G. Delusional parasitosis and physical disease // Comp. Psychiat. – 1985. –26 – P.395-403.
- 11 Sandoz A., Koenig T., Kushnir D., Tausk F.A. Psychocutaneous Diseases // In Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine by K.Wolff. L.Goldsmith, S.Cats, D.A.Gilchrest, B. Gilchrest, Amy Paller, D.J. Leffell, D. Leffell.– 2007. – 2748.
- 12 Смуглевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Ипохондрия sine material как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова) // Журн.неврол. и психиатр.им. С.С. Корсакова.– 2012.– Т.112.– №1.– С.14-25.
- 13 Скворцов К.А. Особенности телесных ощущений при шизофрении // Советская невропатол., психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т.IV. – Вып.5. – С.69-82.
- 14 Снежневский А.В. Симптоматология психических болезней // Учебник психиатрии. – О.В. Кербинов, Н.И. Озерецкий, Е.А. Попов, А.В. Снежневский. – М., 1958. – С.26-87.
- 15 Остроглазов Б.Г. Психопатология сенестопатий и галлюцинаций общего чувства. / Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1975.
- 16 Colombel J.-C. Aspects cliniques et therapeutiques des cénesthopathies.Thèse. – Toulouse, 1964. –147p.
- 17 Paal G. Hypochondrische Syndrome // Nervenarzt. – 1968. – J.39. – N1.– S.16-22.
- 18 Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 3-е. – М., 1913. – Т.2.– С. 273-278.
- 19 Gillespie R.D. Hypochondria. – London, 1929.
- 20 Dupre. Pathologie de L' imagination et de L'emotivite. – Paris, 1925. – P.289-304.
- 21 Mayer-Gross W., Slater, Roth M. Clinical Psychiatry.-London, 1955.– P.112,155,156,173, 189-190, 242-245, 248-252.
- 22 Рохлин Л.Л. К дифференциации ипохондрических состояний // Труды Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. – Т.40.– М., 1963. – С.65-79.
- 23 Шенгелая Г.Г. Своеобразие ипохондрического синдрома в клинике шизофрении. /Автореф. дисс...канд. мед. наук. – Тбилиси, 1973.
- 24 Бурно М.Е., Горячев К.С., Журавлева А.А., Мочкина Л.М., Куклина Н.А. К вопросу об ипохондрических безбредовых шизофренических состояниях (клиника и терапия) // Труды Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. – Т. 72.– М., 1975. – С.10-17.
- 25 Гутенева Т.С. Психопатология и динамика сенестопатий при шизофрении. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – М., 1979. №11. – С.1703-1707.
- 26 Süllwold L., Huber G. Schizophrene Basisstörungen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Springer – Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 1986.
- 27 Abramowitz J.S., Braddock A.E. Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis. A Biopsychosocial Approach. Hogrefe & Huber Publishers – 2008; p.14 -65
- 28 Taylor S., Asmundson G., Coons M. Current directions in the Treatment of hypochondriasis. J. of Cognitive Psychotherapy – 2005; 19: 285 -304.
- 29 Рыбальский А.М. Методические рекомендации.– М., 1981.
- 30 Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. – М., 1961.–138с.
- 31 Смуглевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема паранойи.– М.: Медицина, 1972. – 183с.
- 32 Степанова Л.Н. Доминирующие, сверхценные идеи и паранойяльный бред в клинике психопатий, судебно-психиатрическая оценка этих состояний./ Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1972.
- 33 Leonhard K. Prävention von Neurosen durch rechtzeitige Differenzierung Wunsch neurotischer und befurchtungsneurotischer Ansätze.// Dtsch. Ges. wesen. – 1968. – j. 33. – N. 23. – S.1560-1562.
- 34 Сидельников В.Я. К вопросу о так называемой сенестопатически- ипохондрической шизофрении. //В кн.: «Шизофрения: диагностика,

- соматические изменения, патоморфоз». – М.,1975. – С.65-78.
- 35 Stenbäck A. a. Rimón R. Hypochondria u. paranoia. – Acta psych. Scand.–1964. – 40, 4. – S.379-385.
- 36 Weitbrecht H.J. Über Hypochondrie.// Deutsche med.Wschr. – 1951, j. 76. – N10. – S.312-315.
- 37 Weitbrecht H.J. Über Hypochondrie - In: Psychiatrie der Gegenwart BD, II Klinische Psychiatrie. Springer, Berlin-Göttingen, Heideberg, 1960.
- 38 Brink T.B., et al. Hypochondriasis and paranoia: similar delusional system in an institutionalized geriatric population. – Journal Nervous and Mental Disease, 1979. –167, 4. – P.224-228.
- 39 Десятников В.Ф. Ипохондрическая шизофрения и маскированная депрессия. //Труды Куйбышевского медицинского института. – Куйбышев, 1976. – Т.105. – С.43-46.
- 40 Ануфриев А.К.Скрытые эндогенные депрессии. Сообщения I, II, III. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1978. Вып. 6,8,9. – С.857-862, 1202-1208, 1342-1347.
- 41 Abramowitz J.S.,Braddock A.E. Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis // A Biopsychosocial Approach. – Hogrefe & Huber Publishers, 2008. – P.14-65.
- 42 Taylor S., Asmundson G., Coons M. Current directions in the treatment of hypochondriasis // J. of Cognitive Psychotherapy.– 2005. – 19. – P.285-304.
- 43 Краснушкин Е.К. Психиатрия на службе у соматической медицины.// Врачебное дело. – 1947. – С.8.
- 44 Бланкфельд А.И. Ипохондрический синдром в психиатрической клинике (генез и структура). //Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Ташкент, 1949.
- 45 Глузман Е.Б. Ипохондрический синдром. // Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Киев, 1966.
- 46 Ведерникова Н.А., Галеев Р.С. Некоторые дифференциально-диагностические критерии ипохондрических состояний различного генеза. // В кн.: Вопросы эпидемиологии. Роль соматогенных факторов в этиопатогенезе нервно-психических заболеваний. – Уфа, 1972. – С.87-88.
- 47 Авербух Е.С. Ипохондрия и соматофрения (Бектерева). // В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. /Сб. трудов Ленинградского научного общества невропатологии и психиатрии. – Л., 1957. – Т.2. – С.31-43.
- 48 Скворцов К.А. Мнимая болезнь (ипохондрия). Клиническая дисциплина. – М., 1964. – 42, 9. – С.127-129.
- 49 Галант И.Б. Об ипохондрических синдромах и их отношении к шизофрении. // В кн.: Труды VI Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Шизофрения. – М., 1965. – I, т. III. – С.244-248.
- 50 Левензон Ф.А. Трудоспособность при шизофрении с выраженным ипохондрическим синдромом. // Труды института им. Ганнушкина.– М., 1939. – Вып. 3.– С.93-121.
- 51 Григорьев Б.И. Ипохондрический синдром при параноидной шизофрении. //В кн.: Сб. научных трудов Рязанского мед. института. – Рязань, 1964.– Т.20. – С.60-67.
- 52 Гуревич М.О. Психиатрия. – М., 1949.
- 53 Блейхер В.М. Об ипохондрическом симптомообразовании при шизофрении. // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Киев, 1959.
- 54 Скворцов К.А. Трудности клинического разграничения ипохондрических состояний. //Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – М., 1961. – Т. 8. – С.1193-1198.
- 55 Жариков Н.М., Либерман Ю. Стандартизированные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией. //Метод. письмо. – Тарту, 1972. – 76с.

М.Ш.ДЖАМАНТАЕВА, А.Б.АЛИМБЕКОВА, З.Т.БЕКТАСОВА

СЕНЕСТОПАТИЯЛЫҚ ШИЗОФРЕНИЯ:ФЕНОМЕНОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ СИНДРОМОЛОГИЯСЫ. I МӘЛІМДЕМЕ

Түйін:Сенестопатиялық шизофрения бойынша әдеби шолу жүргізілді. I мәлімдемде сенестопатиялық шизофренияның симптоматологиясы мен синдромологиясы бойынша әдеби деректер талданды.

Түйінді сөздер:шизофрения,сенестопатия, ипохондрия.

M.SH.JAMANTAYEVA.A.B.ALIMBEKOVA. Z.T.BEKTAISOVA

SENESTOPATHIC SCHIZOPHRENIA:PHENOMENOLOGY AND SYNDROMOLOGY.REPORT 1

Resume: The literature survey related to senestopathic schizophrenia is presented in this article. Report 1 analyses the literature data related to symptomatology and syndromology of senestopathic schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, senestopathia, hypochondria.