



О. В. Мосейко

УДК: 616.895.82-008.444.9-036.1

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ХВОРИХ НА ПРОСТУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ З АТИПОВОЮ КЛІНІЧНОЮ СТРУКТУРОЮ

О. В. Мосейко

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна

Анотація.

З метою визначення рівня і структури агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики обстежено 100 хворих з використанням опитувальника агресивності Басса-Дарки. Концептуальною основою аналізу контингенту виступила різномірність клінічної картини у хворих у межах діагностичної рубрики простої форми шизофренії. Під час дослідження пацієнтів було розподілено на 4 рівні атиповості клінічних проявів: 0 рівнем вважалися ізольовані негативні симптоми, I рівнем – психопатоподібні симптоми, II рівнем – псевдоневротичні, III – псевдопараноїдні. У результаті дослідження було виявлено, що для хворих з типовим перебігом простої форми шизофренії специфічними є високі показники підозрливості і почуття провини; для хворих із I рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики характерне посилення фізичної, опосередкованої і вербальної агресії; для хворих з II рівнем атипії – збільшення підозрливості і почуття провини; для хворих з III рівнем атипії – підвищений ступінь підозрливості, фізичної та опосередкованої агресії.

Ключові слова: проста форма шизофренії, клінічна атипія, агресія.

Вступ

Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до зміни клінічних характеристик розладів психіки, діагностика та терапія яких традиційно розглядається як компетенційний базис спеціаліста [1; 2]. Процес стандартизації психодіагностики, авангардом якого виступило введення у рутинну практику клініциста статистичних класифікацій та фармакоорієнтованих терапевтичних протоколів, стикнувся з проблемою патоморфозу – процесу зміни традиційного структурного та динамічного стереотипу перебігу патології під впливом зовнішніх чинників [3; 4]. У межах процесу патоморфозу маргінальні варіанти клініки єдиної нозологічної форми підлягають «діагностичній сегрегації» та розглядаються окремо [5–7]. Так, варіанти структурних композицій позитивної симптоматики простої форми шизофренії наразі розглядаються як шизотиповий розлад, рекурентний депресивний розлад з апатичним афективним аранжуванням та навіть як резистентні варіанти обсесивно-компульсивного розладу. Наступним кроком стандартизації є анонсований у МКХ-11 перехід до парадигми синдромальної діагностики, який призведе до деконструкції шизофренії як нозології [8–10].

Важливим завданням психіатричної методології є протидія нозодиссолютивній тенденції за рахунок вивчення патогене-

зу психічних розладів, аналізу факторів та процесів, консолідуючих нозологічні форми, з метою розробки комплексних систем діагностики та лікування у рамках номотетичного підходу [3; 5].

Мета дослідження

Метою дослідження було визначення ступеня вираженості та структури агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики.

Матеріали та методи дослідження

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної Ради було обстежено 100 хворих, які страждають на просту форму шизофренії. Всі хворі поступали до психіатричної лікарні у стабільному соматичному стані та пройшли соматоневрологічне обстеження. Тривалість захворювання складала від 5 до 30 років; середній вік пацієнтів – $34,00 \pm 1,40$ року; середній вік початку захворювання – $21,00 \pm 2,20$ року.

У ході дослідження були застосовані такі методи:

- клініко-анамнестичний;
- клініко-психопатологічний;
- психодіагностичний (опитувальник агресивності Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) [11]);
- статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

На попередніх етапах дослідження у контексті аналізу патоморфозу простої форми шизофренії було проведено аналітичне співставлення характеру ініціальної симптоматики (IC) при дебюті простої форми шизофренії та динаміки її трансформації у міру прогресування захворювання. Це відображається у додаткових (відносно формування апато-абулічного дефекту) векторах прогресивності. Виділено 4 рівня атипії клінічної картини простої форми шизофренії:

■ **0 рівень атипії**, 23 пацієнта (ОГ): симптоматика представлена simplex complex та співпадає зі стандартними діагностичними критеріями для простої форми шизофренії.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати повну відповідність структури психопатологічних розладів до стандартних критеріїв діагностики простої форми шизофренії.

Згідно з катамнестичним дослідженням термін формування дефекту особистості – 2–6 років, тип дефекту – апато-абулічний без додаткової семіотики.

■ **I рівень атипії**, 43 пацієнта (Г1): симптоматика представлена психопатоподібними формами реагування та патетичними формами психомоторного збудження.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати збіг симптоматики за структурою:

- з **розладами особистості** (за критеріями поведінкових порушень);
- з **кататоно-гебефренічними розладами** (за критеріями характеру епізодів психомоторного збудження, загальними особливостями поведінки та експресії – манірністю, імпульсивністю, патетичністю, негативізмом);
- з **гебоїдним синдромом** (за критерієм парадоксальної агресії та парабулічної активності).

Згідно з катамнестичним дослідженням термін формування дефекту особистості – 2–6 років, тип дефекту – апато-абулічний з психопатоподібними включеннями з тенденцією до примусової нормалізації останніх протягом 2–4 років.

■ **II рівень атипії**, 20 пацієнтів (Г2): симптоматика представлена масивними поліморфними псевдоневротичними розладами іпохондричного та псевдообсесивного кола.

Катамнестичне дослідження вказує на необхідність диференціації з важкими формами генералізованого тривожного розла-

ду, тривожно-депресивними розладами, параноїдною формою шизофренії.

Термін формування дефекту особистості – 5–10 років, тип дефекту – апато-абулічний з афективно-маячними включеннями.

■ **III рівень атипії**, 14 пацієнтів (Г3): симптоматика представлена нав'язливими думками та афективними порушеннями з формуванням окремих маячних або надцінних ідей.

Дослідження динаміки госпіталізацій та діагностичного шляху хворих дозволяє констатувати збіг симптоматики за структурою:

- з **важкими формами обсесивно-компульсивного розладу** (за критерієм персистування егодистонних нав'язливостей);
- з **тривожно-депресивними розладами** (за критерієм наявності патоафективних розладів тривожного, депресивного або змішаного характеру);
- з **параноїдною формою шизофренії** (за критерієм наявності компонентів синдрому ідеаторного автоматизму).

Згідно з катамнестичним дослідженням, швидкість настання дефекту особистості – 2–8 років, тип дефекту – апато-абулічний з пресистуючими порушеннями асоціативного процесу (надцінні ідеї та псевдообсесії).

Проведено порівняльний аналіз рівнів агресії в групах дослідження (табл. 1):

■ серед обстежених ОГ (23,00%) значну вираженість мали такі прояви агресії, як підозрілість ($8,86 \pm 0,15$) та почуття провини ($7,32 \pm 0,21$), що відповідає психологічній реакції на патологічний процес;

■ для контингенту Г1 (43,00%) характерна значна вираженість фізичної агресії ($7,91 \pm 0,16$), опосередкованої ($7,09 \pm 0,18$) та вербальної ($11,07 \pm 0,16$). Це корелює з психопатоподібними формами психічного реагування, наявність яких встановлено під час клінічної обсервації та клініко-анамнестичного дослідження пацієнтів;

■ пацієнти Г2 (20,00%) демонстрували значну вираженість підозрілості ($9,18 \pm 0,15$) та почуття провини ($8,20 \pm 0,16$), що виступає корелятом раціоналізації інтроспективно реєстрованих змін психічного стану (псевдоневротичні розлади з високим ступенем соматизації);

■ хворі Г3 (14,00%) виявляли підозрілість ($9,79 \pm 0,23$), фізичну ($7,82 \pm 0,21$) та опосередковану ($6,07 \pm 0,20$) агресію. Це детерміновано персекуторною фабулою надцінних та окремих нестійких маячних ідей, що сформовано за параноїяльним механізмом.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз рівня та структури агресії ОГ – Г1 – Г2 – Г3

Підшкали	Σ_{\max}	ОГ (n=23)	Г1 (n=43)	Г2 (n=20)	Г3 (n=14)	р-критерій								
						ОГ			Г1			Г2		
						Г1	Г2	Г3	Г2	Г3	Г3			
Фізична агресія	10	3,13±0,22	7,91±0,16	2,15±0,17	7,82±0,21	3	2	3	3	–	3			
Опосередкована агресія	9	1,96±0,17	7,09±0,18	1,20±0,09	6,07±0,20	3	3	3	3	3	3			
Дратівливість	11	4,04±0,24	2,57±0,13	3,25±0,15	2,14±0,18	3	2	3	2	–	–			
Негативізм	5	2,51±0,16	4,23±0,11	2,30±0,13	2,93±0,20	3	–	–	3	3	1			
Образа	8	3,17±0,19	2,27±0,10	4,25±0,18	4,44±0,18	3	3	3	3	3	–			
Підозрілість	12	8,86±0,15	2,49±0,15	9,18±0,15	9,79±0,23	3	–	2	3	3	1			
Вербальна агресія	13	2,13±0,14	11,07±0,16	5,23±0,15	6,00±0,26	3	3	3	3	3	1			
Почуття провини	9	7,32±0,21	2,95±0,13	8,20±0,16	2,58±0,20	3	2	3	3	–	3			

Примітки:

середні величини подано у форматі $M \pm m$ (середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної); достовірні відмінності за групами розраховані за допомогою t-критерія Стьюдента (1 – на рівні $p < 0,05$; 2 – на рівні $p < 0,01$; 3 – на рівні $p < 0,001$).

Висновки

Визначено структуру та проведено порівняльний аналіз агресивних реакцій серед хворих на просту форму шизофренії з різним рівнем атипії клініко-психопатологічної симптоматики.

Встановлено, що для хворих з типовою симптоматикою простої форми шизофренії характерні такі агресивні реакції, як підозрілість (8,86±0,15) та почуття провини (7,32±0,21). Для хворих, у яких психопатологічна симптоматика представлена психопатоподібними формами реагування та патетичними формами психомоторного збудження (I рівень атипії), специфічною

є значна вираженість фізичної (7,91±0,16), опосередкованої (7,09±0,18) та вербальної (11,07±0,16) агресії. Пацієнти з психопатологічною симптоматикою, яка набувала форми нав'язливих думок та афективних порушень з формуванням маячних або надцінних ідей (II рівень атипії) демонструють значну вираженість підозрілості (9,18±0,15) та почуття провини (8,20±0,16). Обстежені, у клінічній картині захворювання яких виявлені масивні поліморфні псевдоневротичні розлади з маячною інтерпретацією (III рівень атипії), демонструють високі показники підозрілості (9,79±0,23), фізичної (7,82±0,21) та опосередкованої (6,07±0,20) агресії.

Література

1. Ванюшина Е. А. Диагностические сложности и возможные пути коррекции дезадаптации, возникшие вследствие простой шизофрении / Е. А. Ванюшина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная // Фармация и фармакология. – 2015. – Т. 3, № 1. – С. 29–30.
2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future / H. Rittmannsberger // Psychiatr Danub. – 2012. – № 24 (4). – P. 408–414.
3. Кожина А. М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, №2 (59). – С. 36.
4. Коростий В. И. Современные подходы к антипсихотической терапии в системе лечения и реабилитации пациентов с шизофренией / В. И. Коростий, С. М. Ординанс, М. Ю. Григорчук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 1 (70). – С. 46–47.
5. Михайлов Б. В. Проблема шизофрении в современной психиатрии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов //

Мужское здоровье и гендерная медицина. – 2013. – №1 (01). – С. 14–29.

6. Михайлов Б. В. Сучасний стан проблеми шизофренії / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.

7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects / A. Jablensky // Dialogues Clin Neurosci. – 2010. – № 12 (3). – P. 271–287.

8. Чабан О. С. Шизофренія з позиції постпсихіатрії / О. С. Чабан // Здоров'я України. – 2012. – №3. – С. 53.

9. Reiko K. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation / K. Reiko, N. Yuya, M. Nobuaki // Open Journal of Psychiatry. – 2012. – №2. – P. 370–373.

10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11 / R. Tandon // Psychiatr Clin North Am. – 2012. – № 35 (3). – P. 557–569.

11. Buss, A. H. An inventory for assessing different kinds of hostility. / A. H. Buss, A. Durkee // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – №21. – P. 343–349.

References

1. Vanyushina E. A., Poplavskaya O. V., Chernaya N. A. Diagnosticheskie slozhnosti i vozmozhnye puti korrektsii dezadaptatsii, vznikshie vsledstvie prostoy shizofrenii [Diagnostic complications and possible ways of correction of maladaptation, arising from simple schizo-

phrenia]. Farmatsiya i farmakologiya [Pharmacy and Pharmacology], 2015, vol. 3, no. 1, pp. 29-30. (In Russ.)

2. Rittmannsberger H. The diagnosis «schizophrenia»: past, present and future. Psychiatr Danub., 2012, no. 24 (4), pp. 408-414.

3. Kozhina A. M., Krishtal' V. E., Sukhoivanova E. I. Sovremennye podkhody k reabilitatsii bol'nykh shizofreniy [Modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia]. Tavrisheskiy zhurnal psikiatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 2012, vol. 16, no. 2 (59), p. 36. (In Russ.)

4. Korostiy V. I., Ordinans S. M., Grigorchuk M. Yu. Sovremennye podkhody k antipsikhoticheskoy terapii v sisteme lecheniya i reabilitatsii patsientov s shizofreniy [Modern approaches to antipsychotic therapy in the system of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, no. 1 (70), pp. 46-47. (In Russ.)

5. Mikhaylov B. V., Chugunov V. V. Problema shizofrenii v sovremennoy psikiatrii [The problem of schizophrenia in modern psychiatry]. Muzhskoe zdorov'e i gendernaya meditsina [Men's Health and Gender Medicine], 2013, no. 1 (01), pp. 14-29. (In Russ.)

6. Myhajlov B. V. Suchasnyj stan problemy shyzofrenii' [State of the art schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2010, vol. 18, no. 4 (65), pp. 39-47. (In Ukr.)

7. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci., 2010, no. 12 (3), pp. 271-287.

8. Chaban O. S. Shyzofrenija z pozicii' postpsyhiatrii' [Schizophrenia position of Postpsychiatry], 2012, no. 3, p. 53. (In Ukr.)

9. Reiko K., Yuya N., Nobuaki M. Simple schizophrenia revisited: Its schizophrenic body image deviation. Open Journal of Psychiatry, 2012, no. 2, pp. 370-373.

10. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11 / R. Tandon // Psychiatr Clin North Am. – 2012. – № 35 (3). – P. 557-569.

11. Buss, A. H., Durkee, A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, 1957, no. 21, pp. 343-349.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ ПРОСТОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ

А. В. Мосейко

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Аннотация. С целью определения уровня и структуры агрессивных реакций среди больных простой формой шизофрении с разным уровнем атипичности клинико-психопатологической симптоматики обследовано 100 больных простой формой шизофрении с использованием опросника агрессивности Басса–Дарки. Основанием анализа контингента является разнородность клинической картины у больных в рамках диагностической рубрики простой формы шизофрении. В концепции исследования больные были разделены на уровни атипичности клинических проявлений, где 0 уровнем являлись изолированные негативные симптомы, I уровнем – психопатоподобные симптомы, II уровнем – псевдоневротические, III уровнем – псевдопараноидные. В результате исследования было выявлено, что специфичными для больных с типичным течением простой формы шизофрении являются высокие показатели подозрительности и чувства вины; для больных с I уровнем атипичности клинико-психопатологической симптоматики – повышение уровня физической, опосредованной и вербальной агрессии; для больных со II уровнем атипичности – усиление подозрительности и чувства вины; для больных с III уровнем атипичности – увеличение подозрительности, физической и опосредованной агрессии.

Ключевые слова: простая форма шизофрении, клиническая атипичность, агрессия.

FEATURES OF MOTIVATIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH SIMPLE-TYPE SCHIZOPHRENIA WITH ATYPICAL CLINICAL STRUCTURE

A. V. Moseyko

Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Summary. In order to determine the level and structure of aggressive reactions among patients with a simple form of schizophrenia with different atypia levels of clinical and psychopathological symptoms, 100 patients with a simple form of schizophrenia were examined using the Buss-Durkee Hostility Inventory. The basis for the analysis is the clinical heterogeneity within the diagnostic rubric of a simple form of schizophrenia. According to the research concept, patients were divided into groups according to levels of atypical clinical manifestations, where level 0 was presented by isolated negative symptoms, level I – psychopathic-like symptoms, level II – pseudoneurotic symptoms, III – pseudoparanoid symptoms. As a result of the study, it was found that for patients with a typical clinical manifestations of a simple form of schizophrenia high indicators of suspicion and guilt are specific; for patients with level I – increased level of physical, mediated and verbal aggression; for patients with level II – suspicion and guilt; for patients with level III – high level of suspicion, physical and mediated aggression.

Key words: simple-type schizophrenia, clinical atypia, aggression.

Мосейко Олексій Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: olmooseyko@gmail.com.

Мосейко Алексей Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, г. Запорожье, Украина; e-mail: olmooseyko@gmail.com.

Alexey Moseyko – Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhia, Ukraine; e-mail: olmooseyko@gmail.com.