

POSITIVE AND NEGATIVE FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AT ATYPICAL VARIANTS OF SIMPLE-TYPE SCHIZOPHRENIA

A. V. Moseyko

Zaporozhye State Medical University

Ukraine, e-mail: psyhotip@gmail.com

Abstract

The objective: to establish features of psychopathological structure atypical course of schizophrenia simple form. The research was done on the base of «Regional Clinical Psychiatric Hospital» (Zaporozhye). 100 patients with simple schizophrenia were examined. Rating scale of general psychopathology (PSS and NSS, S. R. Kay, L. A. Opler, A. Fiszbein, 1987) was used. It has been revealed that for the patients with 0 level atypia clinical symptoms are characterized by low levels of positive and significant severity of negative psychopathological phenomena, such as blunted affect, difficulty of abstract thinking, emotional and apathetic social withdrawal; for the patients with level 1 atypia high rates of excitement, hostility and poor rapport were typical; patients with 2 level of atypia had persecution and stereotyped thinking; patients with 3 levels atypia developed delusion, conceptual disorganization, persecution and difficulty of abstract thinking.

Key words: simple-type schizophrenia, clinical atypia, psychopathological structure

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЗИТИВНИХ ТА НЕГАТИВНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СИМПТОМІВ ПРИАТИПОВИХ ВАРІАНТАХ ПЕРЕБІГУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

О. В. Мосейко

Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Сучасна модель діагностики психічних розладів ендогенно-процесуального кола представлена аналізом пропорції між позитивною та негативною психопатологічною симптоматикою [5, 8]. На відміну від класичного підходу, що передбачав ідеографічний характер діагностичного процесу та мав у основі аплікацію доступного консультативного потенціалу та інтуїтивних діагностичних гіпотез – «почуття шизофренії», принципу «розчеплення» та ін., концепція інтеграції принципів доказовості у психіатричну клініку призвела до появи стандартизованого нозодескриптивного інструментарію, такого як: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein, 1987) [8], Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R, L. R. Derogatis, 1994) [7], та ін., що полягло у основу сучасної номотетичної психодіагностики.

Не зважаючи на наявність стандартних діагностичних критеріїв та стандартизованого інструментарію їх визначення, діагностика психопатології ендогенно-процесуального кола стикається з високим ступенем гетерогенності клінічних проявів у межах єдиної нозологічної форми [3, 6]. У рамках традиційної парадигми нозодискрипції даний парадокс вирішувався номінативною мультиплікацією, коли кожний атиповий варіант перебігу захворювання отримував назву та виступав як прецедент для подальшого аналізу, серед прикладів: «гретеровська» шизофренія (у поєднанні з алкогольною залежністю та перенесеними деліріозними епізодами), пфрпрофшизофренія (у поєднанні з органічним ураженням, що досягає ступеня деменції або розумовою відсталістю), гебоїдна шизофренія (як варіант перебігу простої форми з масивним парабулічним радикалом) та ін. У сучасних умовах даний шлях розв'язання парадоксу клінічної гетерогенності поглинуто стандартизованою рубрифікацією статистичних класифікацій [2, 9]. Між тим у цьому контексті у особливому світлі постають атипові варіанти перебігу традиційних форм шизофренії, тобто такі, що

підпадають під діагностичні критерії, але мають девіантну структуру або динамічну організацію симптоматики. Існування атипових форм психопатології ендогенно-процесуального кола, що особливо актуально для простої форми шизофренії, може бути пояснено процесом патоморфоза – впливом чинників патопластичної модифікації та дрейфом біопсихосоціального контексту захворювання. Аналіз атипових форм перебігу простої форми шизофренії за допомогою стандартизованого діагностичного інструментарію а саме пошук характерної пропорції позитивної та негативної симптоматики, що їм притаманна, виступає наступним кроком до розв'язання питання патоморфозу [1, 4, 10].

Мета – встановити характеристики позитивних та негативних симптомів при атипових варіантах перебігу простої форми шизофренії.

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів та методів. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 100 хворих, які страждають на просту форму шизофренії. Усі хворі поступали до психіатричної лікарні у стабільному соматичному стані та пройшли соматоневрологічне обстеження. Тривалість захворювання складала від 5 до 30 років. середній вік пацієнтів $34 \pm 1,4$ року, середній вік початку захворювання $21 \pm 2,2$ року.

Методи дослідження: *клініко-психопатологічний* задля виявлення психопатологічних порушень відповідно до МКХ-10 та аналізу особливостей їх клінічної структури за шкалами для оцінки позитивних та негативних синдромів (PSS та NSS, S. R. Kay, L. A. Opler, A. Fiszbein, 1987).

Результати дослідження. На попередніх етапах дослідження було встановлено та стратифіковано 4 рівні атипії клінічної структури – девіації клінічного перебігу простої форми шизофренії під впливом чинників патоморфозу.

Стратифікацію рівнів атипії клінічної структури проведено на основі співставлення ініціального комплексу симптоматики (на основі анамнестичних даних періоду «дебюту» захворювання) та подальшого її розвитку (на основі клінічної обсервації та дослідження синдромокінезу).

В основі розподілу на рівні полягає пропорція між проявами негативної психопатологічної симптоматики, що формує «simplex complex» (0 рівень атипії) та проявами позитивних симптомів, зокрема: психопатоподібні, парабулічні та конгруентні психомоторні прояви (1 рівень атипії), псевдоневротичні симптоми, псевдодобесії та надцінні ідеї (2 рівень атипії), афективні та маячні симптоми, що не досягають нозоідентифікуючого рівня (3 рівень атипії).

В рамках клініко-психопатологічного дослідження контингент хворих було розділено на групи відповідно приналежності клінічної картини захворювання, що вони презентують до рівнів атипії (0 рівень – Г1, 1 рівень – Г2, 2 рівень – Г3, 3 рівень – Г4) та досліджено з використанням шкал позитивних та негативних симптомів (табл. 1-2).

За результатами дослідження були розраховані середнє арифметичне та стандартна похибка середнього арифметичного показників інтенсивності психопатологічних феноменів у досліджуваних групах. Порівняльний аналіз середньогрупових показників за відповідними феноменами з виявленням статистично достовірних розбіжностей був реалізований шляхом розрахунку t-критерію Стьюдента.

Таблиця 1

Структура психопатологічних проявів у групах дослідження за PSS

Критерій	Г1 (N=23)	Г2 (N=43)	Г3 (N=20)	Г4 (N=14)	Г1			Г2			Г3		
					Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4	Г3	Г4	Г4
P1. Маячення	2,91±0,17	2,37±0,09	3,05±0,09	5,07±0,19	2	-	3	3	3	3	3	3	3
P2. Дезорганізація мислення	3,34±0,15	3,23±0,11	4,1±0,16	6,0±0,21	-	2	3	3	3	3	3	3	3
P3. Галюцинаторна поведінка	1,17±0,08	1,26±0,08	1,25±0,1	1,93±0,16	-	-	3	-	3	3	3	3	2
P4. Збудження	2,13±0,13	5,97±0,11	4,15±0,18	4,14±0,23	3	3	3	3	3	3	3	3	-
P5. Ідеї величі	2,09±0,11	4,14±0,12	1,3±0,13	4,21±0,19	3	3	3	3	3	-	3	3	3
P6. Підозрілість	4,22±0,17	1,44±0,1	4,9±0,16	5,21±0,19	3	2	3	3	3	3	3	3	-
P7. Ворожість	2,43±0,14	5,9±0,13	3,05±0,14	3,0±0,18	3	2	1	3	3	3	3	3	-

Примітки: * – середні величини подано у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» (M±m);

** – достовірні відмінності по групах розраховані за допомогою t-критерію Стьюдента та помічені сірим кольором: «1» – на рівні $p < 0,05$; «2» – на рівні $p < 0,01$; «3» – на рівні $p < 0,001$.

Для хворих з 0 рівнем атипії клінічної симптоматики (Г1) характерними є низькі показники позитивних психопатологічних проявів. Що відповідає традиційному підходу до діагностики простої форми шизофренії – ідентифікації «simplex complex» та прогресивному наростанню ізольованих негативних психопатологічних розладів.

Для хворих з 1 рівнем атипії (Г2) специфічними є високі показники збудження (5,97±0,11) та ворожості (5,9±0,13). Що у ізольованому варіанті відповідає поведінковому відбиттю парабулічної активності. При клінічній обсервації та клініко-анамнестичному аналізі хворих даної групи було встановлено представленість психопатоподібних та психомоторних порушень із втратою критичного аналізу власного стану та патологічними формами раціоналізації.

Хворі з 2 рівнем атипії (Г3) демонстрували високу інтенсивність показника підозрливості ($4,9 \pm 0,16$). Клінічна обсервація та непів структуроване психодіагностичне інтерв'ю хворих даної групи вказує на вторинний характер ідей підозрливості у відношенні псевдоневротичних розладів (переважно іпохондричного та обсесивного кола). Підозрливість у даному випадку виступала формою раціоналізації відчуття патологічних змін психічного реагування в наслідок прогресування захворювання, але не досягала характеру маячних ідей та була доступна корекції.

Для хворих з 3 рівнем атипії (Г4) характерними є високі показники маячення ($5,07 \pm 0,19$), дезорганізації мислення ($6,0 \pm 0,21$) та підозрливості ($5,21 \pm 0,19$). У хворих даної групи продуктивні психопатологічні симптоми були центровані на асоціативній сфері. Високі показники маячення зареєстровані за рахунок наявності надцінних ідей та нестійких високосистематизованих маячних ідей параноїяльного кола з персекуторним варіантом фабули, що у жодному випадку не досягали рівня параноїдного синдрому.

Таблиця 2

Структура психопатологічних проявів у групах дослідження за NSS

Критерій	Г1 (N=23)	Г2 (N=43)	Г3 (N=20)	Г4 (N=14)	Г1			Г2			Г3		
					Г2	Г3	Г4	Г3	Г4	Г4	Г3	Г4	Г4
N1. Притуплення афекту	$6,09 \pm 0,15$	$3,33 \pm 0,12$	$3,25 \pm 0,16$	$3,07 \pm 0,2$	3	3	3	-	-	-	-	-	-
N2. Емоційне відчуження	$5,17 \pm 0,18$	$3,33 \pm 0,09$	$3,1 \pm 0,1$	$3,14 \pm 0,2$	3	3	3	-	-	-	-	-	-
N3. Порушення комунікації	$5,87 \pm 0,18$	$5,3 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,12$	$5,21 \pm 0,15$	2	3	2	3	-	-	3	-	3
N4. Апатичне соціальне відчуження	$5,39 \pm 0,16$	$1,16 \pm 0,06$	$3,15 \pm 0,15$	$3,07 \pm 0,16$	3	3	3	3	3	3	-	-	-
N5. Порушення абстрактного мислення	$3,22 \pm 0,15$	$3,05 \pm 0,09$	$3,25 \pm 0,14$	$5,21 \pm 0,21$	-	-	3	-	3	3	3	-	3
N6. Порушення спонтанності та плавності мови	$1,6 \pm 0,14$	$1,28 \pm 0,06$	$1,15 \pm 0,08$	$2,21 \pm 0,13$	1	2	2	-	3	3	3	-	3
N7. Стереотипність мислення	$2,25 \pm 0,13$	$2,49 \pm 0,09$	$5,95 \pm 0,17$	$2,89 \pm 0,13$	-	3	2	3	1	3	3	-	3

Примітки: * – середні величини подано у форматі «середня арифметична \pm стандартна похибка середньої арифметичної» ($M \pm m$);

** – достовірні відмінності по групах розраховані за допомогою t-критерію Стьюдента та помічені сірим кольором: «1» – на рівні $p < 0,05$; «2» – на рівні $p < 0,01$; «3» – на рівні $p < 0,001$.

Для хворих з 0 рівнем атипії клінічної симптоматики (Г1) характерним є високий рівень негативних психопатологічних проявів, зокрема високі показники притуплення афекту ($6,09 \pm 0,15$), порушення абстрактного мислення ($5,87 \pm 0,18$), емоційного ($5,17 \pm 0,18$) та апатичного соціального відчуження ($5,39 \pm 0,16$). Така

констеляція негативної симптоматики відповідає «simplex complex» та є традиційною для діагностики простої форми шизофренії.

Для хворих з 1 рівнем атипії (Г2) специфічним є високий показник порушення комунікації ($5,3\pm 0,1$). Порушення комунікації у хворих даної групи є продуктом соціальної інконгруентності психопатоподібних форм реагування, тобто є ініційованими оточенням хворого а не самим хворим.

Хворі з 2 рівнем атипії (Г3) демонстрували високу інтенсивність показника стереотипності мислення ($5,95\pm 0,17$). Стереотипність мислення у хворих даної групи є наслідком персистуючих нав'язливостей та напруженості нозогенних впливів на психологічний стан. Психічна діяльність хворих була центрована коло аналізу свого патологічно зміненого стану та непродуктивної його непродуктивної раціоналізації, що мали стереотипний характер.

Для хворих з 3 рівнем атипії (Г4) характерними є високі показники порушення абстрактного мислення ($5,21\pm 0,21$). У даному випадку порушення абстрактного мислення відповідають паралогічності та ракурсній трактовці чуттєвого та раціоналістичного досвіду у контексті паранойяльного варіанту асоціативних розладів, що полягає у основі формування надцінних та нестійких систематизованих маячних ідей.

Висновки: встановлено характеристики співвідношення позитивних та негативних симптомів при атипових варіантах перебігу простої форми шизофренії. Надано їх інтерпретацію для основних варіантів атипового перебігу простої форми шизофренії:

– для хворих з 0 рівнем атипії клінічної симптоматики (Г1) характерними є низькі показники позитивних психопатологічних проявів та високий рівень негативних психопатологічних проявів, зокрема високі показники притуплення афекту ($6,09\pm 0,15$), порушення абстрактного мислення ($5,87\pm 0,18$), емоційного ($5,17\pm 0,18$) та апатичного соціального відчуження ($5,39\pm 0,16$). Що відповідає традиційному підходу до діагностики простої форми шизофренії – ідентифікації «simplex complex»

– для хворих з 1 рівнем атипії (Г2) специфічними є високі показники збудження ($5,97\pm 0,11$) та ворожості ($5,9\pm 0,13$), порушення комунікації ($5,3\pm 0,1$). Що відповідає поведінковому відбиттю парабуїлчної активності із презентацією психопатоподібних форм реагування та вторинній соціальній дезадаптації.

– для хворих з 2 рівнем атипії (Г3) демонстрували високу інтенсивність показників підозрливості ($4,9\pm 0,16$), стереотипності мислення ($5,95\pm 0,17$). Що відповідає

раціоналізації псевдоневротичних розладів (переважно іпохондричного та обсесивного кола) шляхом продукцій стереотипних ідей підозрливості, що не досягають рівня надцінних або маячних розладів.

– для хворих з 3 рівнем атипії (Г4) характерними є високі показники маячення ($5,07 \pm 0,19$), дезорганізації мислення ($6,0 \pm 0,21$), підозрливості ($5,21 \pm 0,19$), порушення абстрактного мислення ($5,21 \pm 0,21$). Що відповідає паранойяльному характеру формування нестійких маячних та надцінних ідей за рахунок ракурсної трактовки чуттєвого та інтроспективного досвіду.

References:

1. Vanushina YEА., et al. Dignostic difficulties and ways of disadaptation, appeared as a result of simple schizophrenia, correction // Pharmacia and pharmacology. – 2015. – Vol. 3, № 1. – P. 29-30 (Rus.).
2. Kozhina A. M., et al. Modern approaches to schizophrenia patients rehabilitation // Tavria J Psych. – 2012. – Vol. 16, №2 (59). – P. 36- 41 (Rus.).
3. Korostiy VI., et al. Modern approaches to antipsychotic rehabilitation therapy in system of treatment and rehabilitation of schizophrenia patients // Ukr Herald Psychoneurol. – 2012. – Vol. 20, № 1(70). – P. 46-47 (Rus.).
4. Mikhaylov BV., et al. Problem of schizophrenia in modern psyhiatry // Male Health and Gender Medicine. – 2013. – №1 (01). – P. 14-29 (Rus.).
5. Mikhaylov BV. Problem of schizophrenia: state of the problem // Ukr Herald Psychoneurol. – 2010. – Vol.18, № 4 (65). – P. 39-47 (Ukr.).
6. Chaban OS. Schizophrenia from the pposition of postpsychiatry // Healthy Ukraine. – 2012. – №3. – P. 53-57 (Ukr.).
7. Derogatis L. R. Symptom Checklist 90–R: Administration, scoring, and procedures manual / L. R. Derogatis. – Minneapolis, MN : National Computer Systems, Inc., 1994. – 123 p.
8. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr Bull. – 1987. – № 13 (2). – P. 261-276.
9. Rittmannsberger H. The diagnosis "schizophrenia": past, present and future / H. Rittmannsberger // Psychiatr Danub. – 2012. – № 24(4). – P. 408-414.
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.