

УДК 616.895.8-06:616.89-008.441.3]-079.4-072.8

ПИРОГОВ И.Ф.

КЛПУ «Городская психоневрологическая больница № 2», г. Донецк

ФАКТОРЫ АУТОГЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ РАКУРСЕ

Резюме. В работе изучен и проанализирован психологический/психопатологический ответ на аутогенно-детерминированные факторы психогенной экзацербации у больных шизофреноподобными расстройствами различного генеза. У исследуемого контингента круг аутогенно-детерминированных факторов был представлен метафизическими (аутометафизическим, аллометафизическим) и эгодиффамационными (эгодистоническим, депривационно-фрустрационным) факторами.

Были установлены различные типы реагирования на психотравмы аутогенно-детерминированного круга в зависимости от группы пациентов. Так, для больных шизофреноподобным расстройством вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) характерными были конфронтационно-импульсивный и творческо-метафизический типы реагирования на психотравму; для больных шизофренией с сочетанным употреблением ПАВ — психопато-параноидный и паранойяльно-метафизический; для больных шизофренией без употребления ПАВ — паранойяльно-метафизический и апато(депрессивно)-сенестопатический; для пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством — тревожно-параноидный и астено-депрессивный.

Ключевые слова: шизофреноподобное расстройство, психоактивные вещества, психогенная экзацербация, тип реагирования.

Актуальность исследования

Вопросы нозологической принадлежности шизофреноподобных проявлений в современном мире приобретают все большее значение с ростом зависимости отдельных слоев населения от психоактивных веществ (ПАВ), а также с появлением новых видов ПАВ, способных вызывать психопатологические проявления, идентичные продуктивной симптоматике как при эндогенных заболеваниях, так и при органических психозах [1–3, 5].

Усугубляет проблему дифференциальной диагностики возрастающая склонность к употреблению ПАВ больными шизофренией и органическими психическими расстройствами, что не позволяет рассматривать факт наличия наркотизации в анамнезе как ключевой критерий идентификации генеза шизофреноподобных проявлений. В этих случаях употребление ПАВ может выступать как провоцирующий фактор дебюта эндогенных расстройств либо как коморбидная патология, развившаяся уже на фоне

существующего задолго до первого употребления ПАВ состояния [4, 7–10].

Таким образом, коморбидность и предрасположенная отягощенность сегодня выступают основными этиопатогенетическими факторами возникновения патологии, клинически идентичной шизофреноподобному расстройству вследствие употребления ПАВ. В этом контексте недостаточная дифференциально-диагностическая весомость факта наркотизации заставляет искать новые, прежде всего медико-психологические маркеры разграничения рассматриваемых нозологий.

Адрес для переписки с автором:

Пирогов Игорь Феликсович
83069, Донецк, пос. Рудчанск
КЛПУ «Городская психоневрологическая больница № 2»
E-mail: psychiatra@rambler.ru

© Пирогов И.Ф., 2014

© «Международный неврологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

В связи с этим целью исследования стали анализ особенностей реагирования на аутогенные факторы и типы психогенной экзацербации шизофреноподобных расстройств различного генеза.

Характеристика обследованных

Было обследовано 150 больных в возрасте от 23 до 35 лет. Основную группу (ОГ) составили 50 больных шизофреноподобным расстройством вследствие употребления ПАВ; остальные 100 человек вошли в группы сравнения. Первую группу сравнения (ГС-1) составили 50 пациентов, страдающих параноидной шизофренией с сочетанным употреблением ПАВ; во вторую группу сравнения (ГС-2) вошли 25 больных параноидной шизофренией без сочетанного употребления ПАВ; третью группу сравнения (ГС-3) составили 25 больных с органическим шизофреноподобным расстройством.

Применялись следующие методы исследования: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, патопсихологический, клинико-психофеноменологический, статистический.

В рамках патопсихологического метода был применен копинг-тест Лазаруса (Р. Лазарус, С. Фолкман, 1988; адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004) [6].

Результаты исследования

В результате анамнестического и катamnестического исследований было установлено наличие следующих факторов экзацербации шизофреноподобного расстройства: психогенно-детерминированных, аутогенно(персонологически)-детерминированных и социогенно-детерминированных (психосоциальных). Настоящее исследование посвящено изучению психологического/психопатологического ответа на аутогенно-детерминированные факторы психогенной экзацербации у больных шизофреноподобными расстройствами различного генеза.

В рамках круга аутогенно-детерминированных факторов были выделены:

а) *метафизические*:

— аутометафизический — субъективно тягостная диссоциация в восприятии собственной личности и ее места в социуме (мире, окружающей действительности);

— аллометафизический — субъективно тягостное восприятие индивидуально интактной социальной несправедливости, общественного/государственного/экологического и прочих факторов/ситуаций неблагополучия. Сюда же можно отнести политические, экономические, экологические катаклизмы и т.п., имеющие глобальный (общегосударственный, всепланетный) масштаб, непосредственно не вовлекающие в себя индивида либо его окружение;

б) *эгодиффамационные* — непосредственно затрагивающие чувство собственного достоинства, гармонии личности:

— эгодистонический — субъективно тягостное переживание наличия определенной индивидуальной особенности, нарушающей самовосприятие больного; ее неприятие.

— депривационно-фрустрационный — субъективно воспринимаемое болезненное переживание утраты либо недостижимости той или иной индивидуально значимой потребности.

Отмечалась различная значимость потенциально психотравмирующих ситуаций в зависимости от их видов в индукции и амплификации психопатологических нарушений, а также различие в путях экзацербации, что позволяет рассматривать их как дифференциальный критерий шизофреноподобных расстройств разного генеза (табл. 1).

Для выявления силы субъективной значимости провокационных факторов применялась трехбалльная шкала, где 1 балл соответствовал незначительной силе значимости, 2 балла — средней силе значимости, 3 балла — выраженной силе субъективной значимости события.

Таблица 1. Частота встречаемости и сила субъективной значимости факторов психогенной экзацербации в зависимости от генеза шизофреноподобного расстройства

№ п/п	Личностно(аутогенно)-детерминированный фактор психогенной экзацербации	Группы обследованных							
		ОГ (n = 50)		ГС-1 (n = 50)		ГС-2 (n = 25)		ГС-3 (n = 25)	
		ч.в. *, %	с.с.з**, баллы	ч.в., %	с.с.з, баллы	ч.в., %	с.с.з, баллы	ч.в., %	с.с.з, баллы
1.	Метафизические:								
а)	аутометафизический	90	2,80 ± 0,06	68	2,40 ± 0,08	60	1,8 ± 0,2	4	1,0 ± 0,0
б)	аллометафизический	16	1,30 ± 0,16	84	2,80 ± 0,06	80	1,90 ± 0,19	12	1,0 ± 0,0
2.	Эгодиффамационные:								
а)	эгодистонический	2	2,0 ± 0,0	24	2,50 ± 0,15	20	2,2 ± 0,2	8	1,0 ± 0,0
б)	депривационно-фрустрационный	96	2,50 ± 0,09	80	1,7 ± 0,1	52	2,10 ± 0,14	60	1,40 ± 0,13

Примечания: * — частота встречаемости; ** — сила субъективной значимости (1–3 балла)

У пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2 была отмечена крайне повышенная реактивность на ситуации аутогенно-детерминированного характера, тогда как пациенты ГС-3 оставались к подобным ситуациям практически интактными ($p < 0,01$).

Тем не менее на фоне общей субъективной значимости ситуаций аутогенно-детерминированного характера для пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2 сила выраженности субъективной значимости для их подвидов имела различия в зависимости от группы исследования.

Так, в рамках группы метафизических факторов, входящих в аутогенно-детерминированный круг ситуаций, наибольшей патогенностью для пациентов ОГ обладали аутометафизические факторы (90,00 %), тогда как алло-метафизические — лишь для 16,00 % и отличались низкой субъективной значимостью. В то же время для пациентов ГС-1 и ГС-2 факторы алло- и аутометафизических групп имели приблизительно равные значения — как по частоте провоцирования психотравматического ответа, так и по силе субъективного отклика, с тенденцией к превалированию ситуаций аллометафизического плана в индукции и амплификации психопатологических нарушений ($p < 0,01$).

Обращал на себя внимание генез подобных психогений у ОГ, ГС-1 и ГС-2. Так, дестабилизация психического состояния во всех случаях происходила вследствие внутриличностного конфликта, основанного на ощущении субъективно тягостной диссоциации собственной личности и ее места в социуме (мире, окружающей действительности). Однако у пациентов ОГ в основе этого ощущения лежал хронический конфликт личности с социумом вследствие патоперсоналогических особенностей, тогда как у пациентов ГС-1 и ГС-2 — ощущение собственной измененности вследствие специфической для шизофрении дефицитарности, которая выражалась в эмоциональном оскудении, субъективно тягостном чувстве утраты когнитивной компетентности и т.д. В обоих случаях это вело к конфликту с обществом — в первом через его вторичную эскалацию, во втором — через первичную алиенацию.

Для ГС-3 генез ответа на ситуации аутометафизического плана лежал в плоскости эгодиффамационных факторов и основывался на представлениях о собственной внешней непривлекательности либо социальной несостоятельности (как вследствие когнитивно-мнестического снижения, присущего этой группе больных, так и материально-бытовых проблем семьи либо микро-социального окружения в целом). Индуцирующими к активации психогенной роли рассматриваемых факторов являлись ситуации межличностного конфликта, выступающие пусковым механизмом поиска пациентами объяснения социальной неуспешности либо бытовых неудач.

Социальное окружение играло ключевую роль и в психогенной значимости аллометафизических факторов для пациентов ГС-3. Фактически пациенты перенимали

модус поведения окружающих в ответ на ситуации метафизического характера.

Таким образом, ситуации алло- и аутометафизических групп фактически являлись вторично-психогенными для пациентов ГС-3 по отношению к социогенно-детерминированным либо эгодиффамационным факторам, являющимся истинной (первичной) причиной психогений.

Среди эгодиффамационных факторов отмечалась выраженная диспропорция в психогенной значимости у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2, тогда как для пациентов ГС-3 оба фактора, входящих в эту группу (эгодистонический и депривационно-фрустрационный), не имели достоверных различий как по частоте индукции психогений, так и по силе субъективной значимости (которая, тем не менее, была достоверно ниже, чем у пациентов остальных групп, для которых сила субъективной значимости психотравмирующих ситуаций эгоцентрического круга находилась в рамках средних и высоких значений).

Эгодистонические факторы лишь у 2,00 % пациентов ОГ вызывали психогенные реакции (однако во всех этих случаях выраженность их субъективной значимости была средней), тогда как для групп сравнения этот ряд факторов был значим для достоверно большего числа пациентов; сила их субъективной значимости для пациентов групп сравнения была средней для ГС-1 и ГС-2 и низкой для ГС-3. При этом, в отличие от пациентов ОГ и ГС-3, причина эгодистонических психогений носила преимущественно характер не объективно наличествующих индивидуальных недостатков, а несуществующих дефектов иллюзорно-интерпретативного генеза.

Факторы депривационно-фрустрационного характера как психогенные индукторы также имели достоверно отличающиеся значения в зависимости от группы пациентов. Так, максимальный психогенный эффект по частоте и силе выраженности они имели в ОГ, тогда как в ГС-3 — минимальный.

Психогении аутогенно-детерминированного характера зачастую начинались исподволь и носили хронический характер.

Была отмечена этапность развития ответа на психотравму в контексте аутогенно-детерминированных психогенных факторов.

Первый этап — инициальный — развивался непосредственно после психотравмы и проявлялся инициацией психологических и психопатологических нарушений. Продолжительность этапа была различной, что зависело прежде всего от выраженности психотравмы.

Второй этап — стагнации — характеризовался кристаллизацией структуры переживаний, преимущественно на фоне активации защитно-приспособительных механизмов. Продолжительность этапа составляла от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев.

Третий этап — разрешающий — характеризовался достижением устойчивого плато общего психического

ответа на психотравму, так или иначе видоизменяющего поведение больного.

Основной особенностью психогенных реакций, возникающих вследствие воздействия аутогенно-детерминированных факторов, была сглаженность первого этапа ответа на психотравму, что объясняется хроническим ее характером, постепенным возникновением и осознанием конфликта.

В целом ответ на психотравмирующий фактор аутогенно-детерминированного круга характеризовался постепенным нарастанием от первой ко второй стадии и формированием плато с незначительной прогрессивностью на третьей.

Обращали на себя внимание различные типы реагирования на психотравмы аутогенно-детерминированного круга в зависимости от группы пациентов (табл. 2).

Таблица 2. Пути амплификации психогенной экзацербации в ответ на факторы аутогенно-детерминированного круга в зависимости от генеза шизофреноподобного расстройства

Группа пациентов	Тип реагирования на психотравму	Этап экзацербации		
		Первый этап	Второй этап	Третий этап
ОГ	Конфронтационно-импульсивный	Тон и интенсивность аффекта неадекватны содержанию психотравмы, дисфорический оттенок; эксплозивность	Нарастание интенсивности; сохранение тона; импульсивность, эксплозивность; активация деликвентного поведения; отсутствие тяги к внутренней переработке переживаний; аутокурация через агрессию вовне; копинг «конфронтационный»; аутокурационное, протестное употребление ПАВ	Деликвентное поведение, асоциализация; психопатоподобный дефект
	Творческо-метафизический	Тон аффекта адекватен содержанию психотравмы, доминирующий аффект — тревога; интенсивность аффекта слабо выражена, продолжительность этапа — десятки минут	Инверсия тона; незначительное нивелирование деликвентного поведения; многоуровневая внутренняя переработка, объяснение болезненных переживаний; аутокурация через творчество, повышение социальных контактов; копинг «бегство-избегание»; аутокурационная тяга к ПАВ, тяга к ПАВ как индуктору музыки	Увеличение социальных контактов; самореализация через творчество; психопатоподобный дефект
ГК-1	Психопато-параноидный	Тон аффекта не всегда адекватен содержанию психотравмы, эксплозивность, интенсивность аффекта нестабильна, чрезмерна	Эксплозивность, лабильность аффекта; агностическое отношение к психотравме; бредообразование, фабулы бреда нет; деликвентное поведение, аллоагрессия по бредовым мотивам; копинги «дистанцирование», «конфронтационный»; эпизодическая наркотизация протестного, не аутокурационного характера	Психопатопараноидный дефект
	Параноидально-метафизический	Тон аффекта адекватен содержанию психотравмы; интенсивность аффекта незначительна; возникновение исподволь	Незначительное нарастание интенсивности; внутренняя переработка переживаний; возможна инверсия тона согласно бредовой фабуле; копинги «дистанцирование», «бегство-избегание»	Параноидный тип дефекта
ГК-2	Апато(депрессивно)-сенестопатический	Тон аффекта преимущественно адекватен психотравме, доминирующий аффект — тревога; интенсивность аффекта средняя	Изменение тона, доминирующий аффект — апатия, тоска; сенестопатические включения как маскирующие истинные переживания; «пассивный поиск лечения» без соблюдения курса; копинг «бегство-избегание»	Апато-абулический дефект, безэмоциональное озвучивание истинных переживаний
ГК-3	Тревожно-параноидный	Тон аффекта адекватен содержанию психотравмы, фон настроения неустойчивый; интенсивность аффекта средняя либо низкая; аллоиндукционный характер	Нарастание интенсивности, перемежающееся периодами интермиссии; сохранение тона; неустойчивые бредаподобные идеи; «вегетативный ответ»; нивелирование с прекращением аллоиндукции, копинги «конфронтационный»	Бредаобразование; психопатоподобный дефект
	Астено-депрессивный	Тон аффекта адекватен содержанию психотравмы, фон настроения снижен; интенсивность аффекта низкая; аллоиндукционный характер	Незначительное нарастание интенсивности; сохранение тона; пассивность, астенизация; нивелирование с прекращением аллоиндукции; копинг «бегство-избегание»	Социальная аутоизоляция, замкнутость

Для ОГ характерными были конфронтационно-импульсивный и творческо-метафизический типы реагирования на психотравму. Первый этап конфронтационно-импульсивного типа характеризовался неустойчивым фоном настроения, тяготеющим к дистимии, с тенденцией к эксплозивности. Второй и третий этапы характеризовались усилением деликвентного поведения, выраженной асоциализацией; фон настроения приобретал дисфорический оттенок, импульсивность и эксплозивность достигали максимума. Больные не предпринимали попыток объяснить либо разрешить свои переживания, вместо этого реализовывалось вытеснение их из сознания посредством направления агрессии вовне, без какой-либо избирательности объекта. Тяга к ПАВ носила как аутокурационный, так и протестный характер.

Для творческо-метафизического типа был характерен незначительно сниженный фон настроения на первом этапе ответа на психотравму, который на втором и третьем этапах приобретал тенденцию к стабилизации или даже смене знака тона. Имело место незначительное снижение деликвентного поведения, которое приобретало вычурный, однако социально приемлемый характер. Переживания претерпевали многоуровневую внутреннюю переработку, объяснение; выступали в качестве стимулирующего фактора к самореализации через творчество. Характерным было увеличение социальной активности, социальных связей. Тяга к ПАВ носила преимущественно систематический аутокурационный характер; отмечалась тенденция к изменению мотивации к употреблению ПАВ; так, больные возобновляли наркотизацию с целью «улучшить вдохновение», «найти музу».

В ГС-1 выявлялись психопато-параноидный и паранойяльно-метафизический типы реагирования на психотравму.

Психопато-паранойяльный тип реагирования в эмоциональной сфере удовлетворял характеристике конфронтационно-импульсивного, присущего пациентам из ОГ, однако имел более выраженные нарушения в сфере мышления, прежде всего в контексте включения в процесс бредаобразования, формирующегося на высоте эмоциональных переживаний, аутогенно-детерминированных факторов, что, тем не менее, не приводило к формированию определенной фабулы. Интенсивность аффекта являлась нестабильной, чрезмерной и неадекватной на всех этапах. Зачастую окружающие воспринимались пациентами как виновники их проблем, а потому выступали объектами агрессии. Характерным было деликвентное поведение. Употребление ПАВ носило преимущественно эпизодический характер. При этом характерной была как пассивная наркотизация в компании, так и употребление ПАВ в аутокурационном модусе, чаще наедине. Данный тип реагирования в конечном итоге приводил к формированию психопато-параноидного дефекта.

Для паранойяльно-метафизического типа реагирования на психотравму было характерно постепенное возникновение переживаний, их систематизация и кристаллизация. Тон настроения не всегда был адекватен психотравме и в большинстве случаев соответствовал фабуле бреда, сформировавшегося на основе продолжительной внутренней переработки переживаний, носящей метафизический характер. Третий этап характеризовался формированием параноидного типа дефекта.

Для ГС-2 характерным был паранойяльно-метафизический (идентичный ГС-1) и апато(депрессивно)-сенестопатический типы реагирования на психотравму.

При апато(депрессивно)-сенестопатическом типе реагирования внимание пациентов обращалось на собственное состояние здоровья, поиск соматических причин или возможных внешних недостатков, с опосредованием переживаний через психотравмирующий фактор. С одной стороны, соматическое неблагополучие рассматривалось пациентами как результат психотравмы, с другой — как способ перенаправления внимания с психотравмирующего фактора, недоступного ликвидации, на другой объект, с возможностью его элиминации; подобное можно рассматривать как механизм психологической защиты. Первый этап характеризовался тревогой и беспокойством, которые на втором этапе сменялись апатией с ощущением безысходности, тоски, беспредметными тревожными включениями. Внимание больных все чаще отвлекалось на соматическое неблагополучие, имевшее характер сенесто-ипохондрических переживаний. При этом пациенты не получали полных курсов традиционной психотропной терапии; в большинстве случаев они прибегали к пассивному поиску лечения, когда походы к врачам и курсовой прием медикаментов заменялись разговорами о необходимости это сделать либо обращением к нетрадиционным методам лечения, которые постоянно менялись. Примечательно, что на третьем этапе пациенты начинали проговаривать свои истинные переживания вслух, однако уже без первичной эмоциональной насыщенности и без стремления к нивелированию их причин. На всех этапах данного типа реагирования сохранялось угнетенное настроение; усугублялись проявления апато-абулического дефекта. Стремление к употреблению ПАВ отсутствовало.

Для ГС-3 был характерен тревожно-параноидный и астено-депрессивный типы реагирования.

При тревожно-параноидном типе на первом этапе отмечался адекватный содержанию психотравмы тон аффекта, эмоциональная лабильность. Интенсивность аффекта была средней. Продолжительность этапа — часы. На втором этапе в эмоциональной сфере на первый план выступали выраженная тревожность, беспокойство, импульсивность, нестабильность аффекта; при этом имело место выраженное нарастание его интенсивности, перемежающееся периодами интермиссии. Были характерны неустойчивые бредаподобные идеи,

преимущественно аллоиндуктивного характера. Был выражен «вегетативный ответ» на психотравму. Третий этап характеризовался закреплением эмоциональной нестабильности, эксплозивности — на фоне астенизации и истощаемости. Характерна была склонность к обсуждению своих переживаний с окружающими на фоне нетерпимости к противоположным точкам зрения, с неминуемыми ссорами в случае попыток опровержения позиции больного.

При астено-депрессивном типе реагирования тон переживаний соответствовал содержанию психотравмы, интенсивность аффекта была низкой, со склонностью к незначительной прогрессивности на второй стадии, на которой фактически единственным проявлением являлся сниженный (в границах дистимии) фон настроения. Третий этап характеризовался тенденцией к социальной аутоизоляции, склонностью держать свои переживания в себе на фоне астенизации, истощаемости, сохранения сниженного фона настроения.

Для обоих типов ответа на психогенно-индуктивные факторы характерным было быстрое самокупирование психопатологической симптоматики после исчезновения индуктора психотравмы. Тяга к употреблению ПАВ в аутокурационном варианте отсутствовала.

Выводы

В работе изучен и проанализирован психологический/психопатологический ответ на аутогенно-детерминированные факторы психогенной эксацербации у больных с шизофреноподобными расстройствами различного генеза. У исследуемого контингента круг аутогенно-детерминированных факторов был представлен метафизическими (аутометафизическим, аллометафизическим) и эгодиффамационными (эгодистоническим, депривационно-фрустрационным) факторами.

Выявлена этапность развития ответа на психотравму в контексте аутогенно-детерминированных психогенных факторов. Так, было установлено три этапа: первый — инициальный, второй — стагнации, третий — разрешающий. При этом обращало на себя внимание то, что психогении аутогенно-детерминированного характера зачастую начинались исподволь и быстро приобретали хронический характер, в связи с чем первый этап ответа на психотравму в большинстве случаев не имел четко очерченных границ и психопатогенетически мог быть включен в рамки второго этапа.

Отмечалась различная значимость потенциально психотравмирующих ситуаций в зависимости от их видов в индукции и амплификации психопатологических нарушений, а также различие в путях эксацербации. Так, у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2 отмечалась повышенная реактивность на ситуации аутогенно-детерминированного характера (которая, тем не менее, имела различия в силе выраженности), тогда как пациенты ГС-3 оставались к подобным ситуациям практически интактными ($p < 0,01$).

В рамках группы метафизических факторов наибольшей патогенностью для пациентов ОГ обладали аутометафизические факторы, для пациентов ГС-1 и ГС-2 факторы алло- и аутометафизических групп имели приблизительно равные значения — как по частоте провоцирования психотравматического ответа, так и по силе субъективного отклика.

При этом ситуации алло- и аутометафизических групп фактически являлись вторично-психогенными для пациентов ГС-3 по отношению к социогенно-детерминированным либо эгодиффамационным факторам, являющимся истинной (первичной) причиной психогений.

Среди эгодиффамационных факторов отмечалась выраженная диспропорция в психогенной значимости у пациентов ОГ, ГС-1 и ГС-2, тогда как для пациентов ГС-3 оба фактора, входящие в эту группу, не имели достоверных различий как по частоте индукции психогений, так и по силе субъективной значимости, которая у пациентов ГС-3 была достоверно ниже, чем у пациентов остальных групп, у которых находилась в пределах средних и высоких значений.

Сила субъективной значимости ситуаций эгодистонического круга у большинства групп была средней, за исключением ГС-3, где сила ответа была низкой.

Факторы депривационно-фрустрационного характера, максимальный психогенный эффект по частоте и силе выраженности имели в ОГ, тогда как в ГС-3 — минимальный.

Были установлены различные типы реагирования на психотравму аутогенно-детерминированного круга в зависимости от группы пациентов. Так, для ОГ характерными были конфронтационно-импульсивный и творческо-метафизический типы реагирования на психотравму; для ГС-1 — психопато-параноидный и паранойяльно-метафизический; для ГС-2 — паранойяльно-метафизический и апато(депрессивно)-сенестопатический; для ГС-3 — тревожно-параноидный и астено-депрессивный.

Список литературы

1. Гофман А.Г. *Клиническая наркология* / А.Г. Гофман. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 215 с.
2. Дроздов А.А. *Полный справочник психотерапевта* / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. — М.: ЭКСМО, 2007. — 704 с.
3. Иванец Н.Н. *Диагностические критерии тяжести патологического влечения к наркотику* / Н.И. Иванец, М.А. Винникова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2001. — № 8. — С. 4-7.
4. Иванов М.В. *Шизофрения и употребление психоактивных веществ: подходы к диагностике и выбору антипсихотической терапии* / М.В. Иванов, М.Ю. Шипилин, М.Г. Янушко // *Фарматека*. — 2013. — № 4. — 34-38.
5. Линский И.В. *Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине* / И.В. Линский, А.И. Минков, Э.Б. Первомайский // *Наркология*. — 2005. — № 4. — С. 12-17.

6. Крюкова Т.Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. — 2007. — № 3. — С. 93-112.

7. Самохвалов В.П. Психиатрия: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / В.П. Самохвалов. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 324 с.

8. Szeszko P.R. Anterior cingulate grey-matter deficits and cannabis use in first-episode schizophrenia / P.R. Szeszko, D.G. Robinson, S. Sevy, S. Kumra, C.I. Rupp, J.D. Betensky, J.M. Kane, A.K. Mal-

hotra, H. Gunduz-Bruce, B. Napolitano, T. Lencz, M. Ashtari, R.M. Bilder // BJP. — 2007. — Vol. 190. — P. 230-236.

9. Vardy M.M. LSD psychosis or LSD induced schizophrenia / M.M. Vardy, S.R. Kay // Arch. Gen. Psychiatry. — 1983. — № 40. — P. 872-883.

10. Manninen B.A. Medicating the mind: a Kantian analysis of overprescribing psychoactive drugs / B.A. Manninen // Journal of Medical Ethics. — 2006. — № 32 (2). — P. 100-105.

Получено 18.03.14 ■

Пирогов І.Ф.

КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2»,
м. Донецьк

ЧИННИКИ АВТОГЕННОГО ЗАГОСТРЕННЯ ШИЗОФРЕНОПОДІБНИХ РОЗЛАДІВ В ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ РАКУРСІ

Резюме. У роботі вивчено й проаналізовано психологічну/психопатологічну відповідь на автогенно-детерміновані чинники психогенної екзацерації у хворих на шизофреноподібний розлад різного генезу. У досліджуваного контингенту коло автогенно-детермінованих чинників було представлено метафізичними (автометафізичними, алометафізичними) і егодифаматичними (егодистонічним, деприваційно-фрустраційним) чинниками.

Було встановлено різні типи реагування на психотравми автогенно-детермінованого кола залежно від групи пацієнтів. Так, для хворих на шизофреноподібний розлад унаслідок уживання психоактивних речовин (ПАР) характерними були конфронтаційно-імпульсивний і творчо-метафізичний типи реагування на психотравму; для хворих на шизофренію з поєднаним уживанням ПАР — психопато-параноїдний і параноально-метафізичний; для хворих на шизофренію без вживання ПАР — параноально-метафізичний і апато(депресивно)-сенестопатичний; для пацієнтів з органічним шизофреноподібним розладом — тривожно-параноїдний і астено-депресивний.

Ключові слова: шизофреноподібний розлад, психоактивні речовини, психогенна екзацерація, тип реагування.

Pirogov I.F.

Municipal Medical Preventative Institution «City
Psychoneurological Hospital №2», Donetsk, Ukraine

FACTORS OF AUTOGENIC EXACERBATION OF SCHIZOPHRENIA-LIKE DISORDERS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ASPECT

Summary. In the work we studied and analyzed psychological/psychopathological response to autogenic-determined factors of psychogenic exacerbation in patients with schizophrenia-like disorders of various origin. In the examinees the autogenic-determined factors were presented as metaphysical (autometaphysical, allometaphysical) and egodefamation (egodystonic, deprivation-frustration) factors.

We've determined various types of response to psychotrauma of autogenic-determined type depending on the patient groups. Thus, for patients with schizophrenia-like disorder, due to psychoactive substances (PAS) use, confrontational-impulsive and creative-metaphysical type of response to psychotrauma were characteristic; for schizophrenic patients with concomitant use of PAS — psychopathic-paranoid and paranoid-metaphysical; for schizophrenic patients without the use of psychoactive substances — paranoid-metaphysical one; for schizophrenic patients without use of PAS — paranoic-metaphysical and apato(depressive)-senestopathic; for patients with organic schizophrenia-like disorder — anxiety-paranoid and asthenodepressive ones.

Key words: schizophrenia-like disorder, psychoactive substances, psychogenic exacerbation, reaction type.