

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ И КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИНДРОМОКИНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Запорожский государственный медицинский университет

Определены векторы прогрессивности простой формы шизофрении на основании результатов анализа структурно-динамических особенностей ее патоморфоза. Систематизированы дополнительные векторы, выделены паранойяльный, патоассоциативный, псевдоневротический, диссоциальный и алиенационный векторы. С учетом клинической картины сопряжений типов инициальной симптоматики и дополнительных векторов прогрессивности установлены четыре уровня атипичности клиники простой формы шизофрении.

Ключевые слова: простая шизофрения, патоморфоз, атипичность, синдромокинез.

Анализ динамически-патогенетических характеристик эндогенно-процессуальной психопатологии представляет собой один из центральных аспектов оценки прогноза исходного состояния пациентов с простой формой шизофрении как в медико-социальном, так и в клиническом контексте [1–4].

В рамках клиники шизофрении прогрессивность рассматривается как имманентное нозоидентифицирующее свойство, отражающее status rerum пропорции морбидности патологического процесса и эффективности противопоставленного ей комплекса терапевтических вмешательств [2, 3, 5].

Факторы патопластической модификации традиционных вариантов психопатологии приводят к выходу отдельных нозологических кластеров за пределы компетентности ранее эффективных диагностических критериев и нативных в их отношении инструментов. Таким образом, вопросы патоморфоза психической патологии представляют собой один из наиболее актуальных комплексов проблематики в сфере компетенции психиатрии [2, 6].

Процесс патоморфоза психической патологии ярко проиллюстрирован на трансформации клинического стереотипа простой формы шизофрении, он наиболее полно отражается на ее динамических аспектах, формируя новые, неспецифические варианты синдромокинеза, требующие дескрипции и ракурсного катамнестического анализа [6].

Цель данного исследования — на основании результатов анализа структурно-динамических особенностей патоморфоза простой формы шизофрении выявить, описать и систематизировать векторы ее прогрессивности.

Дизайн исследования — ретроспективный, контингент — 100 пациентов КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница»

Запорожского областного совета. Селекция контингента проводилась на основании диагноза, соответствующего рубрике МКБ-10 F20.6 «Шизофрения, простая форма. Формирующийся дефект». Гендерная структура контингента асимметрична (82 мужчины и 18 женщин), средний возраст которых составил $34 \pm 1,4$ года, средняя продолжительность заболевания $21 \pm 2,2$ года.

Методы исследования: катамнестический (анализ психотического статуса пациентов на протяжении 10 лет по сравнению с результатами первичной госпитализации (включая случаи, когда диагноз шизофрении квалифицировался в последующем)), клинико-психопатологический (анализ архивного материала историй болезни и актуального психического статуса с использованием структурированного психодиагностического интервью на основании клинической шкалы позитивной и негативной симптоматики S. R. Kay et al. [7], клинико-статистический (автоматический расчет соотношения качественных показателей в Excel из пакета Microsoft Office 2003).

Основываясь на катамнестическом исследовании, мы распределили типы инициальной симптоматики у данного контингента (табл. 1).

На основании данных катамнестического исследования были проанализированы синдромокинетические аспекты течения заболевания. Учитывая нозоидентифицирующий характер нарастающей личностной дефицитарности в эмоционально-волевой сфере, основным вектором прогрессивности был апато-абулический (представлен тотально в контингенте исследования). На этом этапе исследования был проведен анализ структурно-динамических аспектов дополнительной психопатологической симптоматики, наблюдаемой на фоне формирующегося личностного

Распределение типов инициальной симптоматики у данного контингента

Тип	Включаемые феномены	Исключаемые феномены	Количество пациентов	
			абс. ч.	%
Атрибутивный	Сверхценные, бредовые идеи, патологическое фантазирование, состояние метафизической интоксикации, сложные формы идеаторных автоматизмов	Навязчивые идеи (рассматривались в контексте псевдообсессивного типа)	13	13
Псевдоневротический	Фобические и обсессивно-фобические состояния, ипохондрические и сенесто-ипохондрические расстройства, истероформные состояния	Обсессивные расстройства, соматоформный спектр патологии	9	9
Псевдообсессивный	Идеаторные автоматизмы (вне контекста бредовых синдромов), обсессии, ассоциативные стереотипии (вне контекста органической коморбидности)	Стереотипные галлюцинаторные переживания, идеаторные, идеомоторные и моторные автоматизмы в контексте синдрома Кандинского — Клерамбо	7	7
Патоаффективный	Маниоформные и депрессивные феномены вне контекста психогенной каузальности	Психогенно детерминированные формы аффективных нарушений, апатический спектр патоаффективных нарушений, парадоксальные аффективные реакции на инстинктивно детерминированные стимулы	5	5
Психопатоподобный	Дромомания, дипсомания, пиромания, клептомания и пр.	Аналогичные состояния в контексте органических расстройств, патологических социальных условий	27	27
Парабулический	Гебоидный синдром, впервые возникшие трансверсизм, гомосексуальные, инцестуозные тенденции, анорексия, булимия, аллотриофагия	Истинные формы сексуальных перверсий, психогенные нарушения пищевого поведения	11	11
Аутистический	Социальная алиенация, аутоизоляция	Эгодистонные проявления агорафобии, социальная изоляция, сопряженная с объективными причинами	15	15
Изолированно-апато-абулический	Апато-абулическое состояние с аспонтанностью эндогенного генеза	Аналогичные состояния при поражении лобных долей головного мозга и состояниях интоксикации	13	13

www.mps.kh.ua

дефекта. На основании синдромокинетических характеристик психопатологических расстройств такого рода были выделены следующие дополнительные векторы прогрессивности:

— паранойяльный — у 26 (26%) пациентов (квалифицировался при установлении тенденции к сосуществованию фонового снижения эмоционально-волевых характеристик личности и атрибутивных расстройств мышления в виде сверхценных или бредовых идей (в структуре паранойяльного синдрома));

— патоассоциативный — у 13 (13%) пациентов (квалифицировался при установлении тенденции к сосуществованию фонового снижения эмоционально-волевых характеристик личности и патологических форм ассоциативных процессов (идеаторные автоматизмы, псевдообсессии));

— псевдоневротический — у 9 (9%) пациентов (квалифицируется при установлении тенденции к сосуществованию фонового снижения эмоционально-волевых характеристик личности и психопатологии невротического ранга (фобических и обсессивно-фобических состояний, ипохондрических и сенесто-ипохондрических расстройств, истероформных состояний, при неэффективности комплекса рациональных терапевтических воздействий));

— диссоциальный — у 24 (24%) пациентов (квалифицировался при установлении тенденции к сосуществованию фонового снижения эмоционально-волевых характеристик личности и прогрессирующей амплификации асоциальных (в том числе делинквентных) поведенческих актов);

— алиенационный — у 28 (28%) пациентов (квалифицировался при установлении тенденции

**Сопряжения типов инициальной симптоматики и дополнительных векторов прогрессивности
в контингенте исследования**

Дополнительный вектор прогрессивности	Тип инициальной симптоматики							
	атрибутивный	псевдоневротический	псевдо-обсессивный	патоаффективный	психопатологический	парабулический	аутистический	апатобулический
Паранойяльный	9	—	3	—	4	5	5	—
Патоассоциативный	3	2	2	2	1	—	2	2
Псевдоневротический	1	6	1	—	—	—	—	—
Диссоциальный	—	1	1	3	12	3	—	4
Алиенационный	—	—	—	—	10	3	8	7

Примечание: □ — 0-й уровень атипичности; □ — 1-й уровень атипичности; □ — 2-й уровень атипичности; □ — 3-й уровень атипичности.

к снижению эмоционально-волевых характеристик личности, сопряженной с прогрессирующей утратой социальных контактов, спонтанно инициированной пациентом).

Экстраполируя результаты исследования на генеральную совокупность пациентов, страдающих простой формой шизофрении, стало возможным разграничить следующие уровни атипичности сопряжения инициальной симптоматики и дополнительных векторов прогрессивности (табл. 2):

— 0-й уровень атипичности представляет собой классически описанные нозоспецифические для простой формы шизофрении сочетания инициальной симптоматики и динамики развития симптомов. Диагностика основана на классических диагностических критериях. В контингенте исследования представлен 23 (23%) клиническими случаями;

— 1-й уровень атипичности объединяет конвенционально идентифицируемые варианты сочетаний инициальной симптоматики и динамики развития симптомов, диагностика которых основана на клиническом доминировании негативных психопатологических нарушений. Являются дериватом псевдопатоморфоза (по механизму расширения диагностических критериев). В контингенте исследования представлен 48 (48%) клиническими случаями;

— 2-й уровень атипичности включает редкие варианты сочетаний инициальной симптоматики и динамики развития симптомов, диагностика которых основывается на исключении иных форм психопатологии вне контекста влияния факторов патопластической модификации. Являются дериватом терапевтического патоморфоза (по механизму «высвобождения» аномальных волевых, когнитивных, ассоциативных и поведенческих актов саногенным влиянием терапии на клиническую представленность дефицитарности в эмоционально-волевой сфере). В контингенте исследования представлен 15 (15%) клиническими случаями;

— 3-й уровень атипичности содержит атипичные варианты сочетаний инициальной симптоматики и динамики развития симптомов, которые являются диагнозом исключения в условиях патопластической модификации, психопатологической коморбидности. Являются дериватом патоморфоза обоих типов — истинного (по механизму патопластического влияния коморбидной психопатологии) и терапевтического (по механизму перекрестной терапии коморбидной психопатологии), а также псевдопатоморфоза (по механизму диагностики довлеющей нозологической формы). В контингенте исследования представлен 14 (14%) клиническими случаями.

Результаты исследования указывают на характер патоморфоза простой формы шизофрении в условиях ее фармакотерапии согласно стандартному протоколу в хронологическом периоде 10 лет. Полученные данные позволяют расширить существующие представления о квалификации диагноза круга шизофрении. В исследовании проведена систематизация дополнительных векторов прогрессивности простой формы шизофрении и выделены: паранойяльный (26%), патоассоциативный (13%), псевдоневротический (8%), диссоциальный (24%) и алиенационный (28%) векторы.

На основании анализа клинической картины сопряжений типов инициальной симптоматики и дополнительных векторов прогрессивности выделены четыре уровня атипичности клиники простой формы шизофрении:

0-й — классически описанные нозоспецифические для простой формы шизофрении варианты; 1-й — конвенционально идентифицируемые варианты; 2-й — диагностика основывается на исключении иных форм психопатологии вне контекста влияния факторов патопластической модификации; 3-й — диагноз исключения в условиях патопластической модификации, психопатологической коморбидности.

Выделенные уровни атипичности клинической картины простой формы шизофрении позволяют рассматривать динамический комплекс психопатологических нарушений в структуре заболевания в рамках единой формы, что клинически определяет консолидацию терапевтического процесса и антитетическую смену диагноза.

Список литературы

1. *Гильбурд О. А.* Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О. А. Гильбурд.— М.: Видар-М, 2007.— 360 с.
2. *Корнетова Е. Г.* Простая шизофрения: эволюция клинических представлений / Е. Г. Корнетова // Социальная и клиническая психиатрия.— 2004.— № 1.— С. 106–114.
3. *Петрюк П. Т.* К изучению клинической картины простой формы шизофрении / П. Т. Петрюк // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2011.— № 2.— С. 67–73.
4. *Семке А. В.* К вопросу о клинической картине простой шизофрении / А. В. Семке, Е. Г. Корнетова // XIII съезд психиатров России: материалы съезда; Москва, 10–13 октября 2000 г.— М.: Б. и., 2000.— С. 62–63.
5. *Снежневский А. В.* Nosos et pathos schizopreniae / А. В. Снежневский // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование; под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1972.— С. 5–15.
6. *Чугунов В. В.* Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокин // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca.— 2013.— № 1 (62).— Р. 69–76.
7. *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.

КАТАМНЕСТИЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СИНДРОМОКІНЕТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

О. В. МОСЕЙКО

Визначено вектори прогресивності простої форми шизофренії на основі результатів аналізу структурно-динамічних особливостей її патоморфозу. Систематизовано додаткові вектори, виділено параноїальний, патоасоціативний, псевдоневротичний, диссоціальний та алієнаційний вектори. З урахуванням клінічної картини сполучення типів ініціальної симптоматики та додаткових векторів прогресивності встановлено чотири рівні атипії клініки простої форми шизофренії.

Ключові слова: проста шизофренія, патоморфоз, атипія, синдромокінез.

FOLLOW-UP AND CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF SYNDROMOKINETIC CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA SIMPLEX

O. V. MOSEIKO

Progression vectors of schizophrenia simplex were determined by analyzing the structural dynamic features of its pathomorphism. The additional vectors were systematized. Paranoid, pathoassociative, pseudoneurotic, dissocial and alienative vectors were distinguished. Considering the clinical picture of associated types of initial symptoms and additional vectors of progression, 4 levels of atypism of clinical presentation were established.

Key words: schizophrenia simplex, pathomorphism, atypism, syndromokinesis.

Поступила 13.09.2016