



О. В. Мосейко

УДК 616.895.82-039.5

© **Мосейко Олексій Валентинович (Україна)** – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

© **Alexey Moseyko (Ukraine)** – postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhia State Medical University, 26, Mayakovsky avenue, Zaporizhia, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

© **Мосейко Алексей Валентинович (Украина)** – аспирант кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035; e-mail: olmoseyko@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 30–34

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

DIFFERENTIAL-PREDICTIVE MODEL OF ANALYSIS OF SCHIZOPHRENIA SIMPLE CLINICAL VARIANTS

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Summary. In order to develop a differential-prognostic model of schizophrenia in its simplex atypical variants analysis which was based on the clinically-psychopathological research 100 patients who were suffering from the schizophrenia simplex were examined. On the basis of the analysis of clinical manifestations structure and dynamics, a differential-prognostic model that was based on the reflecting the evolution of the symptoms of the disease in the diagnostic process principle for each of 4 levels of atypical disease clinical picture was developed. The model includes the following stages: disease manifestation (the beginning of the diagnostic path); primary nosological qualification (primary determination of the nosological type of psychopathological disorders); the formation of a sub-syndromal hierarchy (the period of clinical observation of the developed disease clinical picture); syndromotropic consolidation (final nosological identification of psychopathological disorders); nosological shift (projection of the diagnostic path to the future).

Key words: schizophrenia, symptomatic, diagnostics, pathomorphosis, syndromokinesis.

Аннотация. С целью разработки дифференциально-прогностической модели анализа психопатогенеза атипичных вариантов простой формы шизофрении в ходе клинко-психопатологического исследования было обследовано 100 пациентов, страдающих простой формой шизофрении. На основе данных анализа структуры и динамики клинических проявлений заболевания была разработана дифференциально-прогностическая модель, основанная на принципе отражения эволюции симптомов заболевания в диагностическом процессе для каждого из 4 уровней атипичности клинической картины заболевания. Модель включает следующие этапы: манифестация заболевания (начало диагностического пути); первичная нозологическая квалификация (первичное установление нозологической принадлежности психопатологических расстройств); становление субсиндромальной иерархии (период клинической наблюдения развернутой клинической картины заболевания); синдромотропная консолидация (окончательная нозологическая идентификация психопатологических расстройств); нозологический шифт (проекция диагностического пути в будущее).

Ключевые слова: шизофрения, симптоматика, диагностика, патоморфоз, синдромокинез.

Вступ

Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до зміни клінічних характеристик розладів психіки, діагностика та терапія яких традиційно розглядається як компетенційний базис спеціаліста. Підхід до стандартизації психодіагностики, авангардом якого стало запровадження у повсякденну практику клініциста статистичних класифікацій та терапевтичних протоколів (що орієнтовано на фармакологічну складову лікування), вступив у протиріччя з проблемою патоморфозу (ПМ) – процесом

зміни традиційного структурного та динамічного стереотипу перебігу патології під впливом зовнішніх чинників [1–3].

Діагностика психічних розладів ендогенно-процесуального кола представлена аналізом пропорції між позитивною та негативною психопатологічною симптоматикою. На відміну від класичного підходу, який передбачав ідеографічний характер діагностичного процесу і базувався на аплікації доступного консультативного потенціалу та інтуїтивних діагностичних гіпотез («почут-

тя шизофренії», принципу «розчеплення» та ін.), концепція інтеграції принципів доказовості у психіатричну клініку призвела до появи стандартизованого нозодескриптивного інструментарію [4–7].

Незважаючи на наявність формальних діагностичних критеріїв та уніфікованих методів їх визначення, під час діагностики психопатології ендогено-процесуального кола виникають ускладнення, пов'язані з високим ступенем гетерогенності клінічних проявів у межах єдиної нозологічної форми [8].

За умови традиційної парадигми нозодискрипції зазначена проблема вирішувалася номінативною мультиплікацією, коли кожний атиповий варіант перебігу захворювання отримував власну назву та ставав прецедентом для подальшого аналізу, наприклад, грегерівська шизофренія (у поєднанні з алкогольною залежністю та перенесеними деліріозними епізодами), пропфшизофренія (у поєднанні з органічним ураженням, яке досягає ступеня деменції або розумової відсталості), гебоїдна шизофренія (як варіант перебігу простої форми з масивним парабулчним радикалом) та ін. [9].

Зараз цей шлях розв'язання парадоксу клінічної гетерогенності поглинутий стандартизованою рубрифікацією статистичних класифікацій. Між тим, у цьому контексті в особливому світлі постають атипові варіанти перебігу традиційних форм шизофренії – тобто такі, які підпадають під діагностичні критерії, але мають девіантну структуру або динамічну організацію симптоматики [10].

Існування атипових варіантів психопатології ендогенно-процесуального кола, що особливо актуально для простої форми шизофренії, можна пояснити впливом чинників патопластичної модифікації та дрейфом біопсихосоціального контексту захворювання. Аналіз атипового перебігу простої форми шизофренії за допомогою стандартизованого діагностичного інструментарію (а саме пошук специфічних пропорцій позитивної та негативної симптоматики) є наступним кроком до розв'язання питання ПМ [11].

Важливим завданням психіатричної методології є протидія нозодиссоллютивній тенденції. Ця мета досягається вивченням патогенеза психічних розладів, аналізом факторів та процесів, консолідуючих нозологічні форми з метою розробки комплексних систем діагностики та лікування у межах номотетичного підходу.

Мета дослідження

Мета дослідження полягає у розробці диференційно-прогностичної моделі психопатогенези атипових варіантів перебігу простої форми шизофренії на основі клініко-психопатологічного дослідження.

Матеріали і методи дослідження

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної Ради (м. Запоріжжя) було обстежено 100 пацієнтів, які страждають на просту форму шизофренії. Усі хворі поступали до психіатричної лікарні у стабільному соматичному стані та пройшли соматоневрологічне обстеження. Тривалість захворювання складала від 10 до 22 років. Середній вік становив $36,00 \pm 1,34$ роки. Під час роботи використовувалися клініко-анамнестичний, клініко-патопсихологічний, психодіагностичний, клініко-статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі даних, отриманих на попередніх етапах дослідження, встановлено структурні характеристики психопатологічної симптоматики періоду дебюту захворювання у обстежених з простою формою шизофренії. Виділено 8 варіантів ініціального комплексу симптоматики (ІКС), які виникають при дебюті захворювання: атрибутивний, псевдоневротичний, псевдообсесивний, патоафективний, психопатоподібний, парабулчний, аутистичний, апато-абулчний. Виявлено динамічні характеристики психопатологічної симптоматики хворих на просту форму шизофренії. Описано 5 векторів синдромікнезу (СК), які співіснують із формуванням шизофренічного дефекту: алієнаційний, диссоціальний, псевдоневротичний, паранойяльний та патоасоціативний.

Систематизовано варіанти клінічного перебігу простої форми шизофренії у контексті її ПМ. На підставі сполучення типів ініціальної симптоматики і векторів СК була сформована стратифікація рівнів атипії клінічних проявів простої форми шизофренії. Виділено 4 рівня клінічної атипії, на кожному з них встановлено клініко-психопатологічні особливості хворих.

Розроблена модель ґрунтується на принципі етапності у відображенні еволюції клінічних проявів у контексті діагностичного процесу. Вона включає кілька етапів.

I етап – маніфестація захворювання.

Відображає терапевтично-інтактний період формування ІКС і, відповідно, початок діагно-

стичного шляху. На цьому етапі представлено варіанти ІКС, характерні для кожного рівня атипії клінічної картини:

- 0 рівень – апато-абулічний та аутистичний варіанти;
- 1 рівень – психопатоподібний та парабулічний варіанти;
- 2 рівень – псевдоневротичний та псевдообсесивний варіанти;
- 3 рівень – атрибутивний та патоафективний варіанти.

На I етапі неможливий перехід між рівнями атипії через відсутність динамічного розвитку симптомів.

II етап – первинна нозологічна кваліфікація. Відображає початок еволюції симптоматики у процесі психопатогенези та, відповідно, первинне встановлення нозологічної приналежності психопатологічних розладів. Для кожного рівня атипії вказані специфічні вектори СК:

- 0 рівень – алієнаційний;
- 1 рівень – дисоціальний;
- 2 рівень – псевдоневротичний;
- 3 рівень – параноїяльний та патоасоціативний.

На даному етапі можливий перехід між рівнями атипії за рахунок зміни синдромокинетичного вектора.

III етап – становлення субсиндромальної ієрархії. Відображає стійкий результат розвитку ІКС у тому чи іншому векторі СК, та, відповідно, період клінічної обсервації розгорнутої клінічної картини захворювання. Вказано типові варіанти субсиндромальної ієрархії для кожного з рівнів атипії:

- 0 рівень – дефіцитарна симптоматика > нозогенні реакції > поведінкова алієнація;
- 1 рівень – поведінкові порушення > дефіцитарна симптоматика > парабулічна активність;
- 2 рівень – поліморфні резистентні невротичні симптоми > дефіцитарна симптоматика;
- 3 рівень – маячні та афективні симптоми > формальні розлади мислення > дефіцитарна симптоматика.

На даному етапі можливий перехід між рівнями атипії за рахунок екстремального розвитку певних симптомів, які отримують таким чином клінічну домінацію.

IV етап – синдромотропна консолідація. Відображає процес організації семіотики у стабільні формації синдромального рівня та відповідає етапу остаточної нозологічної ідентифікації психопатологічних розладів.

Для кожного з рівнів атипії наведено специфічні варіанти стійких формацій семіотики:

- 0 рівень – ізольований апато-абулічний синдром;
- 1 рівень – гебоїдний або психопатоподібний синдром + апато-абулічний синдром;
- 2 рівень – синдромальні формації, подібні до невротичних синдромів + апато-абулічний синдром;
- 3 рівень – незавершені (деструктуровані) маячні та афективні (також і маячно-афективні) синдроми + апато-абулічний синдром.

На цьому етапі можливий перехід лише між 2 та 3 рівнями атипії за механізмом трансформації квазіневротичних станів із включенням до їх структури маячних ідей.

V етап – нозологічний шифт. Відповідає наступному етапу психопатогенези атипичних варіантів перебігу простої форми шизофренії, який демонструє проекцію діагностичного шляху у майбутнє (катамнестичний етап). На даному етапі проілюстровано варіанти зміни нозологічної приналежності розладів у результаті псевдоПМ простої форми шизофренії. Для кожного із рівнів атипії вказані вихідні нозологічні категорії:

- 0 рівень – проста форма шизофренії (ПМ відсутній);
- 1 рівень – гебоїдна форма шизофренії (конвенційно-тотожна простій формі зі специфічними поведінковими розладами);
- 2 рівень – шизотиповий розлад (результат псевдоПМ із конвергенцією іпохондричної, латентної/м'якої/непсихотичної/санаторної / псевдоневротичної/ларвованої/продромальної шизофренії у єдину діагностичну рубрику, що не відповідає простій формі із додатковими симптомами);
- 3 рівень – параноїдна форма шизофренії (результат псевдоПМ – діагностична аберація при ігноруванні неповноти та незавершеності маячних синдромів).

На даному етапі можливий подальший перехід (нозологічний шифт) між рівнями. Так, гебоїдна форма шизофренії, також, як і шизотиповий розлад, може перейти у просту (за умову поглинання поведінкових розладів апато-абулічним станом) або параноїдну форми шизофренії (у разі приєднання продуктивної симптоматики).

Диференційно-прогностична модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії неведена на **рис. 1**.

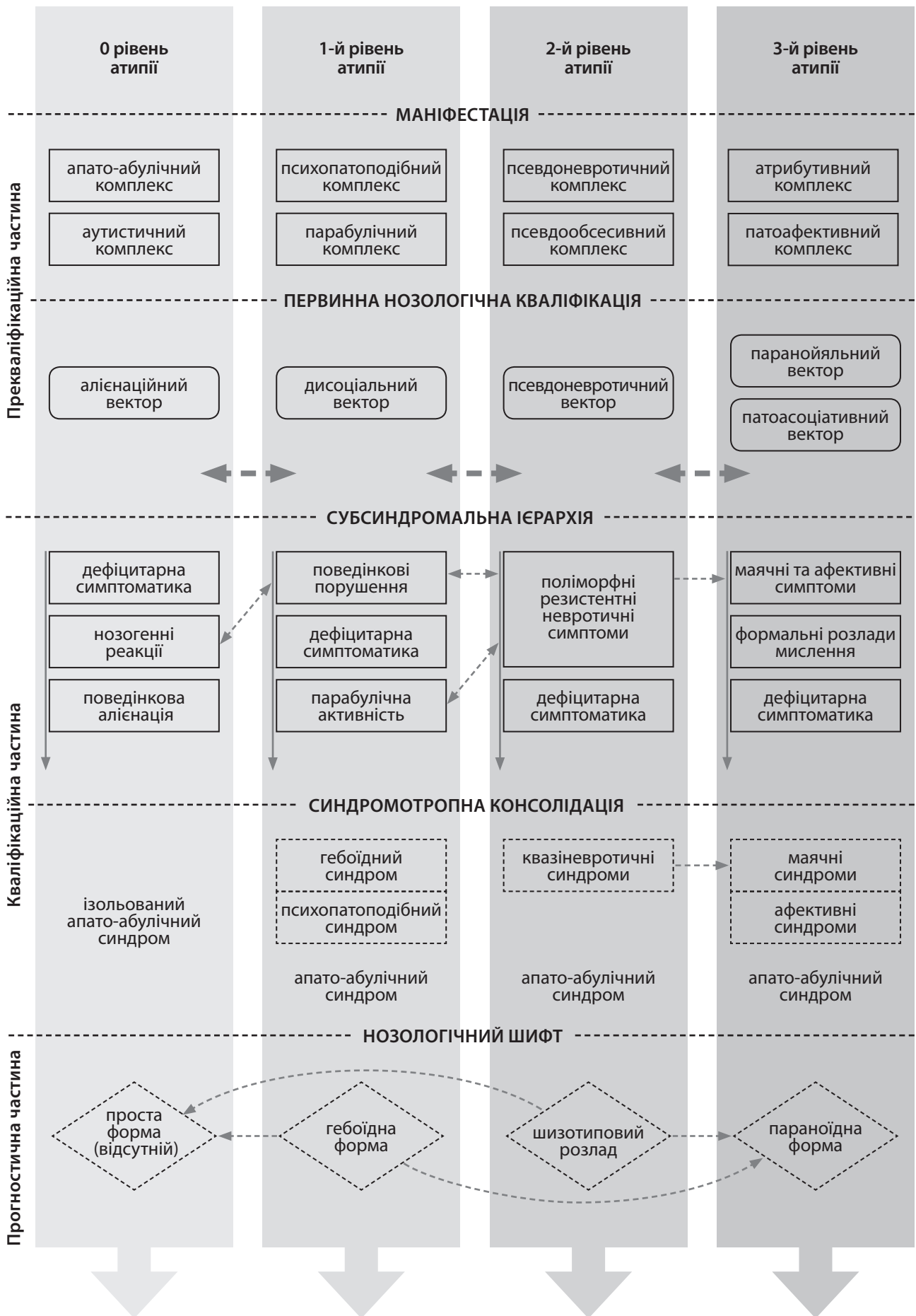


Рис 1. Диференційно-прогностична модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії

Висновки

Розроблено диференційно-прогностичну модель аналізу клінічного варіанту простої форми шизофренії у контексті її патоморфозу.

Розроблена модель ґрунтується на принципі етапності відображення еволюції клінічних проявів у контексті діагностичного процесу для різних рівнів атипії клінічної картини простої форми шизофренії.

Модель включає такі етапи:

1) маніфестація захворювання (початок діагностичного шляху);

2) первинна нозологічна кваліфікації (первинне встановлення нозологічної приналежності психопатологічних розладів);

3) становлення субсиндромальної ієрархії (період клінічної обсервації розгорнутої клінічної картини захворювання);

4) синдромотропна консолідація (остаточна нозологічна ідентифікація психопатологічних розладів);

5) нозологічний шифт (проекція діагностичного шляху у майбутнє).

Література

1. Ванюшина Е. А. Диагностические возможности и 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. – № 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 prostooy shizofrenii [Diagnostic complications and possible ways of correction of maladaptation, arising from simple schizophrenia]. 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 shizofreniey [Modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia]. Tavricheskiy zhurnal psikhatrii [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 shizofreniey [Modern approaches to antipsychotic therapy in the system of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia]. Ukrain's'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 psikhatrii [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]. Ukrain's'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 pozycji' postpsyhatrii' [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. Psychiatr Clin North Am., 2012, no. 35(3), pp. 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.