

# КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМІСІЙ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (компаративний клініко-етологічний аналіз)

Запорізький державний медичний університет

**Проведено компаративний аналіз клініко-етологічних характеристик соціально-комунікативної поведінки пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом у період ремісії. Отримані результати свідчать про наявність ознак нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та можуть бути використанні для диференційної діагностики.**

*Ключові слова:* шизоафективний розлад, шизофренія, клініка, поведінка, патоперсоналогічні особливості, компаративний аналіз.

Сучасні принципи надання психіатричної допомоги (в першу чергу це стосується психофармакологічних втручань) в Україні відповідають світовій тенденції неухильного дотримання стандартизованих клінічних протоколів, які формуються за нозологічним принципом. Отже, головним фактором адекватної психофармакотерапії ендogenous психозів як у період загострення, так і в період ремісії стає рання об'єктивна диференційна діагностика всередині усього наднозологічного кластера з визначенням нозоформи [1–3]. Точна клінічна діагностика дає змогу зробити прогноз захворювання та необхідний напрямок і обсяг психотерапевтичних та соціально-реабілітаційних втручань, метою яких є запобігання розвитку соціальної, зокрема, сімейної та трудової дезадаптації. Реалізація зазначеної мети вимагає від клініцистів комплексної оцінки стану пацієнта як у період екзацерації, так і в період ремісії [4–6], оскільки в багатьох випадках наявні у період ремісії нерізко виражені поліморфні симптоми непсихотичного рівня можуть бути не менш значущі для діагностики, ніж розгорнута продуктивна симптоматика дебюту захворювання та подальших його загострень.

Разом із тим, незважаючи на актуальність проблеми, дослідницький інтерес до пошуку стійких нозоспецифічних клінічних маркерів ендogenous психозів залишається невисоким і відноситься більше до підтвердження наявності негативної симптоматики та нейрокогнітивних ознак шизофренії і специфічних нейрокогнітивних розладів при афективних психозах. Клінічні аспекти ремісій шизоафективного розладу (ШАР) залишаються найменш дослідженими та потребують

вивчення з метою чіткого відокремлення від епізодичної параноїдної шизофренії [7]. Наявні складності диференційної діагностики між цими двома захворюваннями виникають через певну клінічну схожість у період загострення (наявність афективної, маячної, псевдогалюцинаторної, сенесто-іпохондричної симптоматики, формальних порушень мислення та ін.) та зумовлені істинним і терапевтичним патоморфозом, нерізкою вираженістю класичної негативної симптоматики при епізодичній шизофренії.

Перспективним напрямком досліджень є вивчення невербальної поведінки при соціальній взаємодії пацієнтів із метою кількісної об'єктивізації психічного стану та визначення нозоспецифічних етологічних маркерів як ознак специфічних патоперсоналогічних трансформацій при ШАР [8, 9]. Саме ці особистісні зміни є основним фактором порушення соціального функціонування в ремісії, розвитку сімейної та трудової дезадаптації. Кількісна оцінка соціальної поведінки усіх рівнів при ендogenous психозах з епізодичним перебігом за допомогою методик, що базуються на клініко-етологічному підході, дає змогу оцінити динаміку психічного стану, визначити ефективність психофармакологічних та соціально-реабілітаційних впливів задля збереження сімейної та трудової адаптації пацієнтів.

Мета дослідження — визначення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на ШАР та параноїдну шизофренію з епізодичним перебігом, та їх місце у структурі стійких патоперсоналогічних трансформацій.

На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 183 пацієнти, серед яких 81 особа із установленим діагнозом ШАР (група 1) та 102 пацієнти — з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу (група 2). Діагностику зазначених захворювань здійснено згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Група 1 мала такі характеристики. Середній вік хворих дорівнював  $41,8 \pm 8,9$  року. Розподілення за статтю: 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці була від 3 до 35 років (середній показник —  $15,5 \pm 6,3$  року). Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці —  $26,3 \pm 7,4$  року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 28 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій, у середньому в групі 1 цей показник становив  $11,4 \pm 5,9$  разу.

Середній вік у групі 2 дорівнював  $37,0 \pm 8,6$  року. Розподілення за статтю таке: 55 жінок та 47 чоловіків. Тривалість захворювання — від 2 до 38 років (середній показник —  $12,1 \pm 7,8$  року). Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці —  $24,9 \pm 7,9$  року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 25 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій, у середньому в групі 2 цей показник становив  $6,2 \pm 3,3$  разу. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були: 1) наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики; 2) відсутність тяжкої соматичної та неврологічної патології. Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, клініко-етологічний, клініко-катамнестичний та клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження.

Клініко-катамнестичний метод включав у себе аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

За допомогою клініко-етологічного методу вивчено структуру та типологію невербальної поведінки, а також проведено кількісний аналіз із використанням глосарію [8].

Нами проводилися дві 10-хвилинні бесіди на тему анамнезу життя пацієнта у парах пацієнт — лікар з відеозйомкою за умов інформованої згоди. Під час першої бесіди лікар був одягнений

у медичний халат, під час другої — у звичайний одяг, без будь-якої атрибутики медичного працівника. Таким чином, під час другої частини дослідження було виконано деформалізацію рольової ідентичності лікаря-психіатра як можливого чинника модифікації поведінки пацієнта. Відеозаписи розшифровано клініко-етологічним методом та визначено факт демонстрації пацієнтом окремих поведінкових елементів каналами пози, жесту та міміки. Результати дослідження оцінювалися окремо під час першої та другої частин інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювалися як сума обох отриманих результатів.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0,5 for Windows. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипольних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона  $\chi^2$ , критерій Пірсона  $\chi^2$  з поправкою Йейтса, критерій Стьюдента  $t$ , критерій Фішера  $\phi$ , коефіцієнт Пірсона  $C$ ).

Згідно з результатами дослідження невербальної поведінки в обстежених контингентів виявлено такі особливості. Позиціями тіла в сидячому положенні, що асоціюються з групою 2, є Р. 2, 1 — статичне з випрямленою спиною ( $\chi^2 = 7.213$ ;  $p < 0,01$ ) та Р. 2, 3 — поза вдумливості ( $\chi^2 = 4.449$ ;  $p < 0,05$ ).

При вивченні інших невербальних елементів пози було виявлено ознаки, які частіше фіксувались у групі 1. До них належать: Р. 4, 2 — агресивний випад головою ( $\chi^2 = 5,131$ ;  $p < 0,05$ ), Р. 8, 11 — обидві руки розміщені на стегні ( $\chi^2 = 6.954$ ;  $p < 0,015$ ) та Р. 9, 11 — притупування ступнею ( $\chi^2 = 4.639$ ;  $p < 0,05$ ). Елемент Р. 8, 4 (одна рука розміщена на тулубі) корелює з групою 2 ( $\chi^2 = 5,043$ ;  $p < 0,05$ ).

Отримані показники за групами обстеження наведено у табл. 1.

Дослідження невербальної активності контингентів щодо каналу міміки дало такі результати. Зоровий контакт пацієнтів групи 1 корелює ( $\chi^2 = 7,288$ ;  $p < 0,01$ ) з елементом М. 1, 1 — дивиться в обличчя співбесідника (95,1%), тоді як контингент групи 2 у 19,6% випадків уникав зорового контакту зі співбесідником.

Аналіз компонентів лоба та площі брів виявив, що елемент М. 4, 14 — амімія верхньої частини обличчя — асоціюється з групою 2 ( $\chi^2 = 4,925$ ;  $p < 0,05$ ), а елемент М. 4, 4 (фланш бровами) у групі 2 демонструється значно рідше ( $\chi^2 = 17,689$ ;  $p < 0,001$ ), ніж в групі 1.

До невербальних елементів ділянки рота, які корелюють з групою 1, належать: М. 5, 1 — посмішка ( $\chi^2 = 34,267$ ;  $p < 0,001$ ) та М. 5, 15 — кусання губ ( $\chi^2 = 5,169$ ;  $p < 0,05$ ). А елемент М. 5,

Характеристика невербальної поведінки пацієнтів груп 1 та 2 (поза в сидячому положенні)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР, $n = 81$		Пацієнти з шизофренією, $n = 102$		$\chi^2$	$\chi^2$ з поправкою Йейтса	$\varphi$	С	t
		абс. ч.	%	абс. ч.	%					
<i>Р. 2. Позичі в сидячому положенні</i>										
Р. 2, 1	Статичне положення з випрямленою спиною	9	11,1	29	28,4	8,232	7,213	0,212	0,207	$p < 0,01$
Р. 2, 3	Підтримка голови однією рукою (вдумливість)	1	1,2	10	9,8	5,868	4,449	0,179	0,176	$p < 0,05$
<i>Р. 4. Компоненти голови</i>										
Р. 4, 2	Агресивний випад головою	13	16,0	5	4,9	6,326	5,131	0,186	0,183	$p < 0,05$
<i>Р. 8. Компоненти рук</i>										
Р. 8, 4	Одна рука розміщена на тулубі	2	2,5	11	10,8	6,335	5,043	0,186	0,183	$p < 0,05$
Р. 8, 11	Обидві руки розміщені на стегні	12	14,8	3	2,9	8,459	6,954	0,215	0,210	$p < 0,01$
<i>Р. 9. Компоненти ніг</i>										
Р. 9, 11	Притупування ступнею	7	8,6	1	1,0	6,339	4,639	0,186	0,183	$p < 0,05$

32 — висунення нижньої щелепи ( $\chi^2 = 5,043$ ;  $p < 0,05$ ) асоціюється з групою 2.

Отримані показники за групами обстеження наведено у табл. 2.

При проведенні аналізу показників, які відносять до жесту вільною рукою, було виявлено невербальні елементи, які корелюють з групою 1. До них належать G. 2 — жест-указання ( $\chi^2 = 5,806$ ;  $p < 0,05$ ), G. 5 — жест із фіксацією на шиї ( $\chi^2 = 4,051$ ;  $p < 0,05$ ), G. 9 — жест потирання рук ( $\chi^2 = 4,359$ ;  $p < 0,05$ ), G. 15 — жест аутогрумінгу: шия ( $\chi^2 = 4,051$ ;  $p < 0,05$ ). У групі 2 наявні кореляції з елементом G. 25 — гра пальцями ( $\chi^2 = 4,449$ ;  $p < 0,05$ ).

Повністю отримані показники за групами обстеження наведено у табл. 3.

Отримані у процесі дослідження показники в цілому корелюють з результатами досліджень, що проводились в Україні й у світі [8], та підтверджують наявність і деталізують статистично достовірні відмінності невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки пацієнтів із ШАР та шизофренією. Застосування виявлених поведінкових маркерів підвищує точність диференційної діагностики в середині групи ендогенних психозів з епізодичним перебігом.

Пацієнти, що страждають на шизофренію, демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових елементів, які є ознакою аутизації

та емоційно-вольового зниження: уникнення зорового контакту зі співбесідником (19,6% спостережень), М. 4, 14 — амімія верхньої частини обличчя ( $p < 0,05$ ), М. 4, 4 (фланш бровами) демонструється значно рідше ( $p < 0,001$ ), G. 25 — гра пальцями ( $p < 0,05$ ). Пацієнти з ШАР більш активно демонструють посмішку ( $p < 0,001$ ) та жести (жест-указання ( $p < 0,05$ ), жест із фіксацією на шиї ( $p < 0,05$ ), жест потирання рук ( $p < 0,05$ ), G. 15 — жест аутогрумінгу: шия ( $p < 0,05$ )). Вони частіше, ніж особи, що страждають на шизофренію, демонструють невербальні елементи, які є ознакою емоційного напруження та тривоги. До них належать: Р. 9, 11 — притупування ступнею ( $\chi^2 = 4,639$ ;  $p < 0,05$ ), М. 5, 15 — кусання губ ( $p < 0,05$ ), G. 5 — жест із фіксацією на шиї ( $p < 0,05$ ), G. 9 — жест потирання рук ( $p < 0,05$ ), G. 15 — жест аутогрумінгу: шия ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у дослідженні проведено порівняльний аналіз клініко-етологічних характеристик соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів із ШАР та параноїдною шизофренією з епізодичним типом перебігу.

Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії при ШАР та шизофренії, отримані каналами пози, міміки та жесту, мають статистично значущі відмінності та свідчать про наявність стійких нозоспецифічних трансформацій патоперсоналогічного кола.

Таблиця 2

**Характеристика невербальної поведінки пацієнтів груп 1 та 2 (міміка)**

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР, n = 81		Пацієнти з шизофренією, n = 102		$\chi^2$	$\chi^2$ з поправкою Йейтса	$\varphi$	C	t
		абс. ч.	%	абс. ч.	%					
<i>М. 1. Компоненти зорового контакту</i>										
М. 1,1	Дивиться в обличчя співбесідника	77	95,1	82	80,4	8,526	7,288	0,216	0,211	$p < 0,01$
<i>М. 4. Компоненти лоба і площі брів</i>										
М. 4,4	Фланш бровами	49	60,5	29	28,4	18,978	17,689	0,322	0,307	$p < 0,001$
М. 4,14	Амімія верхньої частини обличчя	8	9,9	24	23,5	5,833	4,925	0,179	0,176	$p < 0,05$
<i>М. 5. Компоненти ділянки рота</i>										
М. 5,1	Посмішка	54	66,7	23	22,5	36,055	34,267	0,444	0,406	$p < 0,001$
М. 5,15	Кусання губ	9	11,1	2	2,0	6,691	5,169	0,191	0,188	$p < 0,05$
М. 5,32	Висунення нижньої щелепи	2	2,5	13	12,7	6,335	5,043	0,186	0,183	$p < 0,05$

Таблиця 3

**Характеристика невербальної поведінки пацієнтів груп 1 та 2 (жест вільною рукою)**

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР, n = 81		Пацієнти з шизофренією, n = 102		$\chi^2$	$\chi^2$ з поправкою Йейтса	$\varphi$	C	t
		абс. ч.	%	абс. ч.	%					
G. 2	Жест-указання	11	13,6	3	2,9	7,233	5,806	0,199	0,195	$p < 0,05$
G. 5	Жест із фіксацією на шиї (жест латентної тривоги)	8	9,9	2	2,0	5,476	4,051	0,173	0,170	$p < 0,05$
G. 9	Жест потирання рук	5	6,2	0	0,0	6,473	4,359	0,188	0,185	$p < 0,05$
G. 15	Жести аутогрумінгу: шия	8	9,9	2	2,0	5,476	4,051	0,173	0,170	$p < 0,05$
G. 25	Гра пальцями	1	1,2	10	9,8	5,868	4,449	0,179	0,176	$p < 0,05$

Пацієнти з шизофренією демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових елементів, які є ознакою аутизації та емоційно-вольового зниження: уникнення зорового контакту зі співбесідником (19,6% спостережень), амімія верхньої частини обличчя ( $p < 0,05$ ), фланш бровами (демонструється рідше) ( $p < 0,001$ ), гра пальцями ( $p < 0,05$ ).

Соціально-комунікативна взаємодія пацієнтів із ШАР характеризується більшим поліморфізмом, більш частою демонстрацією посмішки ( $p < 0,001$ ) та фланшу бровами ( $p < 0,001$ ), активнішою жестикуляцією (жест-указання ( $p < 0,05$ ), жест із фіксацією на шиї ( $p < 0,05$ ), жест потирання рук ( $p < 0,05$ ), жест аутогрумінгу в ділянці шиї ( $p < 0,05$ )).

Соціально-комунікативна взаємодія при ШАР порівняно з шизофренією з епізодичним перебігом характеризується більш високим рівнем ознак емоційного напруження та тривоги. До них належать невербальні елементи: притупування ступнею ( $p < 0,05$ ), кусання губ ( $p < 0,05$ ), жест із фіксацією на шиї ( $p < 0,05$ ), жест потирання рук ( $p < 0,05$ ), жест аутогрумінгу ділянки шиї ( $p < 0,05$ ).

Найвні при ШАР та шизофренії з епізодичним перебігом стійкі нозоспецифічні патоперсоналогічні трансформації потребують подальшого комплексного вивчення з метою використання при диференційній діагностиці і визначення етіопатогенетичних механізмів та побудови системи корекції з використанням психофармакологічних та соціореабілітаційних втручань.

## Список літератури

1. *Волошин П. В.* Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— Т. 25, вип. 1.— С. 10–18.
2. *Марута Н. О.* Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) / Н. О. Марута, К. І. Лінська // Укр. вісн. психоневрології.— 2018.— Т. 26, вип. 1.— С. 110–115.
3. *Підкоритов В. С.* Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу / В. С. Підкоритов, О. С. Серікова // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— Т. 20, вип. 1 (90).— С. 142–143.
4. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, M. Manchia, M. Tusconi [et al.] // *Bipolar Disorder*.— 2016.— Vol. 18 (1).— P. 78–80.
5. Reducing the Diagnostic Heterogeneity of Schizoaffective Disorder / K. Seldin, K. Armstrong, M. L. Schiff, S. Heckers // *Frontiers Psychiatry*.— 2017.— Vol. 8.— 18 p.— doi: 10.3389/fpsyt.2017.00018
6. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project / V. P. Samokhvalov, O. E. Samokhvalova, M. S. Ritsner [et al.] // *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*.— 2011.— Vol. II.— P. 121–164.
7. Characteristics of patients diagnosed with schizoaffective disorder compared with schizophrenia and bipolar disorder / T. Pagel, R. J. Baldessarini, J. Franklin, C. Baethge // *Bipolar Disorder*.— 2013.— Vol. 14 (3).— P. 229–239.
8. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention / P. Fusar-Poli, A. R. Yung, P. McGorry, J. van Os // *Psychological Medicine*.— 2014.— Vol. 44.— P. 17–24.
9. Comparison of psychopathological dimensions between major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorders focusing on language, affectivity and motor behavior / S. Steinau, K. Stegmayer, F. Lang [et al.] // *Psychiatry Research*.— 2017.— Vol. 250.— P. 169–176.

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМИССИЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ (компаративный клинико-этологический анализ)**

Н. Е. ХОМИЦКИЙ

**Проведен компаративный анализ клинико-этологических характеристик социально-коммуникативного поведения пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством в период ремиссии. Полученные результаты свидетельствуют о наличии признаков нососпецифических постманифестных патоперсоналогических трансформаций и могут быть использованы для дифференциальной диагностики.**

*Ключевые слова:* шизоаффективное расстройство, шизофрения, клиника, поведение, патоперсоналогические особенности, компаративный анализ.

www.mps.kh.ua

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REMISSIONS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH EPISODIC COURSE AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD (clinical-ethological analysis)**

М. Ye. KHOMITSKYI

**Clinical and ethological characteristics of socio-communicative behavior in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder were comparatively analyzed during remission. Our findings testify to the presence of nosospecific pathopersonological transformations in post-manifestation period and may be used for differential diagnosis.**

*Key words:* schizoaffective disorder, schizophrenia, clinic, behavior, pathopersonological features, comparative analysis.

Надійшла 26.09.2018