

Плехов В. А.

АКТУАЛЬНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

Запорізький державний медичний університет, Україна, м. Запоріжжя

Plekhov V.

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPIC DISORDER

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Резюме *Проведено огляд актуальних літературних джерел з проблеми афективних порушень в структурі шизотипового розладу. Розглянуто проблему нозологічної приналежності та семіотичного наповнення даної патології, проведено її історіографічний аналіз. Детально розглянуто питання поліморфізму клінічної симптоматики шизотипового розладу та охарактеризовано психосоціальний вплив патоафективного компонента на перебіг та прогноз захворювання. Проведено аналіз найбільш поширених засобів терапії та корекції названих порушень у хворих на шизотиповий розлад.*

Ключові слова: *шизотиповий розлад, шизофренія, афективні порушення, депресія, коморбідність у психіатрії.*

Актуальність. Вивчення структурно-динамічних особливостей психопатологічної симптоматики розладів шизофренічного спектру залишається одним із найбільш актуальних питань клінічної психіатрії. У цьому контексті особливої уваги заслуговує шизотиповий розлад. Психопатологічна симптоматика, що спостерігається в структурі даної патології, відрізняється значним поліморфізмом. Переважання коморбідного патоафективного компонента в структурі шизотипового розладу несприятливо відзначається на психосоціальному добробуті хворих, знижує їх якість життя та погіршує перебіг захворювання. Зважаючи на значну поширеність афективних порушень серед даного контингенту хворих, доцільним є аналіз актуальних літературних джерел, присвячених даній проблематиці.

Проблема нозологічної приналежності шизотипового розладу. Шизотиповий розлад – артифіційно створена но-

зологічна група, що за своєю клінічною семіотикою займає проміжне положення між процесуальною шизофренією та шизоїдним розладом особистості. До головних симптомів даної психопатології прийнято відносити неадекватність або надмірну стриманість афективних реакцій, дивну поведінку та переконання, що суперечать субкультуральним нормам, тенденції до соціальної алієнації, параноїдні ідеї, аморфне або метафоричне мислення з вичурною мовою та епізодичні парапсихотичні феномени – симптоми шизофренічного спектру, що за критеріями динаміки, структури та інтенсивності прояву не досягають рівня «великої» шизофренії та значно перевищують нозологічний ценз специфічного розладу особистості. Нечіткість окреслення кола діагностичних критеріїв призводить до структурної неоднорідності представленої психопатологічної групи, що включає в себе латентну, псевдоневротичну, психопатопобідну та

продромальну шизофренію, шизофренічну реакцію та шизотиповий особистісний розлад [3, 14, 15, 18].

Медіальне положення між розладами ендогенно-процесуального та особистісно-аномального реєстрів, інтранозологічна гетерогенність та значна поширеність у популяції (частка хворих за даними різних досліджень досягає 3%, а серед усіх хворих з розладами шизофренічного спектру – 15-30%) формують значні труднощі у сфері діагностики та лікування даного контингенту хворих [14, 15, 20].

Історіографічний аналіз проблеми «малої» шизофренії. Феномен шизотипового розладу має тривалу історію вивчення, протягом якої відбувався морфоз його дефініції. Першим, хто описав хворих з «м'якими» симптомами шизофренії без специфічного слабоумства, що наростає з часом, був Е. Блейлер у 1911 році в рамках своєї концепції «латентної шизофренії». Сам термін «шизотиповий» було запропоновано Ш. Радо у 1956 році, він походить від скорочення «шизофренічний фенотип», що, на той час, було пов'язано з припущенням про характерологічний фенотипічний варіант шизофренічного генотипу, оскільки часто даний розлад діагностувався серед близьких родичів хворих на шизофренію. В рамках вітчизняної психіатричної школи шизотиповий розлад тривалий час розглядався поза спектру особистісної патології та як особливий варіант перебігу шизофренії – «малопродієтна шизофренія», «мала шизофренія» – визначення, що не зустрічаються у західних наукових працях, нормативних та номенклатурних документах, де дану патологію приписують до спектру пограничних станів [14, 15].

Проблема поліморфізму клініко-психопатологічного наповнення шизотипового розладу. Психопатологічна симптоматика, що спостерігається в структурі шизотипового розладу, відрізняється значним поліморфізмом та може включати в себе різні комбінації обсесивних, фобічних, астеничних, іпохондричних, конверсійних та афективних розладів. Ряд дослідників заува-

жують, що переважання патоафективного компоненту в хворих на шизотиповий розлад несприятливо відзначається на їх соціальному функціонуванні, знижуючи якість життя, в деяких випадках – стаючи чинником численних госпіталізацій у психіатричний стаціонар.

Мерінов О.В. і соав. (2018), вивчаючи поширеність та клініко-психопатологічне наповнення шизотипового розладу, виявили, що серед учнів вищих навчальних закладів представленість зазначеної нозології значно вища за загальнопопуляційні показники. Також автори визначили тенденцію до аутоагресивних та аутодеструктивних патернів поведінки серед обраного контингенту. Дослідниками були виявлені гендерні кореляти вираженості психопатологічних проявів, так, для дівчат були більш характерні явища професійного виснаження та вигорання, актуалізація тривожного компонента навіть у звичних умовах, песимістичні очікування, низька самооцінка та почуття самоприниження – даний комплекс психопатологічних феноменів свідчить про наявність вираженого патоафективного компоненту, що виходив на перший план у клінічній картині та доповнював типові прояви шизотипового розладу: соціальну дисфункцію, відстороненість від інших та специфічні порушення асоціативного процесу [9].

Провівши феноменологічний аналіз клінічного наповнення розладів невротичного та ендогенного кіл Заякін Ю.Ю. та співав. (2011) виявили, що в структурі шизотипового розладу тривожно-депресивний та астено-депресивний синдроми мали найбільшу представленість поміж інших психопатологічних симптомокомплексів. Крім того, виявлений депресивний компонент у зазначеного контингенту мав свої особливості порівняно з аналогічним феноменом у хворих на невротичні розлади: хворобливі переживання у хворих на шизотиповий розлад знаходили своє відображення у більшій мірі в інтонації голосу, мімічних та пантомімічних реакціях, аніж у скаргах, що поєднувалось з порушеннями темпу асоціативного процесу по типу ментизму або шперунгу,

відсутністю критики до свого стану, низькою зацікавленістю у стані власного здоров'я, а також низьким рівнем комплаєнсу. У хворих цієї групи з переважанням тривожно-депресивного компоненту у структурі захворювання мали місце немотивований страх з приводу стану свого здоров'я чи життя близьких, абортивні маячні ідеї відношення, суб'єктивно неприємні відчуття «пустоти» у моменти закупорки думок та виникнення суїцидальних ідей на вершині тривожних переживань. Крім цього, автори відзначають дисоціацію між інтелектуальною оцінкою свого стану, беземоційністю та пасивною підкорюваністю позиції хворих цієї групи [4].

Компаративний аналіз психопатологічного наповнення патоафективного компоненту у хворих на психічні розлади шизофренічного спектру також знайшов своє відображення у науковому дослідженні Іваною Л.О. (2020). Авторкою було визначено закономірності виникнення суїцидальної поведінки серед груп хворих на параноїдну шизофренію та шизотиповий розлад. Так, було встановлено, що аутодеструктивні тенденції у хворих на «велику» шизофренію спостерігаються в період загострення захворювання та визначаються характером хворобливих переживань (фабулою маячних та галюцинаторних феноменів), у той час, коли у хворих на шизотиповий розлад суїцидальна поведінка зазвичай представлена в рамках депресивних станів, що, крім того, супроводжуються стійкою втратою інтересів, бідністю потягів, хворобливою анестезією, сенестопатичними проявами та вираженим тривожним компонентом, у тому числі у формі нав'язливих страхів іпохондричного характеру. Дослідником також було проведено аналіз результативності фармакотерапії зазначених станів у групах дослідження: ефективна компенсація психічного стану хворих на параноїдну шизофренію була досягнута за рахунок редукції психотичного компоненту шляхом активного застосування антипсихотиків, в той час, коли у групі хворих на шизотиповий розлад вектор комплексної фармакологічної тера-

пії зміщався у бік препаратів із групи антидепресантів, а її ефективність визначалась редукцією патоафективного компоненту [5].

Деякі сучасні дослідження засвідчують наявність ознак циркулярності афективних порушень у клінічній картині шизотипового розладу, з періодичною зміною фаз протягом усього перебігу захворювання. Спектр виразності порушень може варіювати від окремих проявів субсиндромальної депресії до великого депресивного розладу. Проведені дослідження свідчать не лише про значну поширеність афективних розладів в рамках досліджуваної нозології (до 92%), але і їх атипову психопатологічну структуру [2, 14, 19].

Психосоціальне значення афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад. Значна кількість наукових робіт присвячена аналізу явища соціальної дезадаптації хворих на шизотиповий розлад. Так, Северова К.О. та співав. (2016), оцінивши рівень збереження соціального інтелекту у хворих на психічні порушення шизофренічного кола, виявили, що для хворих на шизотиповий розлад характерним є порушення інтегративної функції соціального інтелекту – хворі спроможні правильно оцінити невербальну поведінку оточуючих, проте неспроможні правильно реалізувати це «розуміння» під час спілкування. Крім цього, автори засвідчують відсутність взаємозв'язку між рівнем збереження соціального інтелекту та віком хворого, а також наявністю когнітивної дисфункції, проте низькі показники соціального інтелекту корелюють з рівнем сімейної міжособистісної дезадаптації [12].

Досліджуючи можливість до формування адаптивних патернів реагування хворими на шизотиповий розлад у порівнянні з хворими на параноїдну та просту форми шизофренії, Мучник М.М. і співав. (2001) виявили ряд відмінностей між цими нозологіями: хворі на шизотиповий розлад значно частіше зберігають спроможність до абстрактного мислення, аніж хворі на параноїдну шизофренію, де превалює конкретне мислення, а також характеризуються

більшою орієнтацією на внутрішні критерії, соціальною алієнацією та міжособистісною некомпетентністю, вразливістю та перцептивними особливостями [10].

Каткова М.Н. (2011) повідомляє про незрілість адаптогенних реакцій, що є спільною ознакою для хворих на психічні розлади шизофренічного спектру. Авторка зауважує, що специфічна для даного контингенту схильність до стереотипізації патернів реагування позбавляє гнучкості їх адаптаційні реакції: обравши один варіант поведінки, хворі неспроможні його змінити в залежності від умов ситуації, що динамічно змінюється. Також дослідник визначає значний психокорекційний потенціал збереження та закріплення наявних адаптивних варіантів реагування у даного контингенту хворих [6].

В рамках наукового дослідження, що було присвячене аналізу адаптивних механізмів копінгу у хворих на шизотиповий розлад, Сирота Н.А. та співав. (2014) виявили дефіцит проєктивних моделей подолання стресу у даного контингенту хворих. Також автори визначили, що для жінок, хворих на «малу» шизофренію, порівняно з чоловіками є більш характерною неспроможність до самостійного вирішення проблемних та конфліктних ситуацій. Крім цього, дослідники зауважують, що в силу специфічного дефіциту соціальних навичок та певної емоційної незрілості, що виражається не лише у неспроможності до експресії власних емоцій, а і у неможливості впізнавання чужих реакцій, для хворих на шизотиповий розлад не є характерними патерни копінгу, що передбачають пошук інструментальної чи емоційної підтримки [13].

Дослідження Малкової Є.Є. (2011) присвячене вивченню проблеми соціальної дезадаптації юнаків, хворих на шизотиповий розлад, що спричинена коморбідними тривожними станами. Авторкою була встановлена характерна для даного контингенту неефективність копінг стратегій подолання стресу та, як результат, високий ризик дезадаптогенної тривожної індукції. Також були визначені мішені психологічної корекції: дослідник пропонує під час про-

ведення корекційних заходів звертати увагу на вираженість тривожного компоненту по відношенню до викладачів та у ситуаціях самовираження, а також використовувати як компенсаторний ресурс низький рівень тривожності по відношенню до родичів та батьків [8].

Питанням вивчення ступеня впливу когнітивного дефіциту у хворих на шизотиповий розлад на рівень їх психосоціальної адаптації займалась Кобзова М.П. (2015). Авторкою не було встановлено достовірних кореляцій між рівнями інтелектуально-мнестичного зниження та адаптації, що може бути спричинено виявленим відносним збереженням когнітивної функції у досліджуваного контингенту в порівнянні з умовно здоровими особами. Також було встановлено, що саме вираженість дефіцитарної симптоматики, як то соціальна ізоляція та специфічні емоційно-вольові порушення, мають найбільший рівень кореляції з вираженістю дезадаптації. Крім цього, був виявлений ряд психопатологічних феноменів зі значною дезадаптогенною активністю, що були віднесені дослідником до патохарактерологічного спектру, до них належать понижена самооцінка та зниження енергетичного потенціалу особистості, які можна віднести до ряду афективних порушень [7].

Значна кількість наукових досліджень присвячена компаративному аналізу психосоціального адаптогенного потенціалу хворих на шизотиповий розлад та «велику» шизофренію. Так, Степанов А.В. (2015), дослідивши профілі адаптації хворих на параноїдну шизофренію та шизотиповий розлад, дійшов висновку про відсутність відмінностей у загальному характері психологічної адаптації обраного контингенту, що зайвий раз підтверджує спільність етіопатогенетичного компонента даних нозологій. Проте автор зауважує, що саме для хворих на шизотиповий розлад є більш характерними складні інтрапсихічні переживання, пов'язані з реакцією на факт наявності психічного захворювання, що є закономірним з огляду на характер формування психічного дефекту в рамках даної нозології [16].

Терапевтичний аспект афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад. Деякі закордонні дослідники підтверджують недостатню ефективність застосування методів психокорекції як елементу монотерапії афективних порушень, а саме сезонних депресивних станів, у хворих на шизотиповий розлад. Так, зауважується, що найбільшою ефективною характеризується поєднання методів психотерапевтичного впливу з фармакотерапевтичним супроводом. Як варіант медикаментозного компонента терапії було запропоновано використання мелатонінергічних антидепресантів у середньо-терапевтичних дозах. Також авторами відзначається, що найбільш значущі ефекти від впровадженої терапії були виявлені у хворих з псевдоневротичним варіантом шизотипового розладу [1, 17].

Потапова В.А. (2012), проводячи аналіз методів психотерапії, що можуть бути застосованими у хворих на психічні розлади шизофренічного спектру, зауважує, що застосування лікарем-психотерапевтом інтегративного підходу є найбільш вдалим у даному випадку. Підґрунтям даного підходу є індивідуалізація терапевтичних практик залежно від індивідуальних особливостей хворого (або групи хворих), що реалізується шляхом компіляції терапевтичних технік, що відносяться до різних психотерапевтичних шкіл. Авторкою був запропонований інтегративний метод групової психотерапії хворих на шизотиповий розлад, сутністю якого є аналіз та корекція міжособистісних соціальних взаємозв'язків у даного контингенту хворих. Також дослідником повідомляється

про достатню ефективність запропонованої методики у контексті підвищення якості життя досліджуваних, зниження вираженості тривожно-депресивних станів, компенсації комунікативного дефекту, підвищення соціальної впевненості тощо [11].

Висновки:

1. «Шизотиповий розлад» є назвою для групи феноменологічно неоднорідних нозологій, що займають проміжне положення у континуумі розладів шизофренічного спектру між «великою» шизофренією та специфічним розладом особистості.

2. Історіографічний аналіз проблеми шизотипового розладу засвідчує залежність структурної приналежності даної патології від періоду розвитку психіатричної науки та традицій певних психіатричних кіл, в рамках яких вона розглядається.

3. Клінічна структура шизотипового розладу характеризується значним поліморфізмом адитивних психопатологічних конструктів, найбільше значення серед яких, в силу значної поширеності, мають патоафективні феномени.

4. Тривожно-депресивний та ізольований депресивний компоненти мають найбільший вплив на рівень психосоціального добробуту хворих на шизотиповий розлад, стають причинами виникнення суїцидальних тенденцій та призводять до госпіталізації у психіатричний стаціонар.

5. Чіткою є дисоціація між значною поширеністю афективних порушень у структурі шизотипового розладу та недостатністю наукового пошуку ефективних методів їх комплексної корекції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Барденштейн Л. М., Краховецкая Д. С., Щербакowa И. В., Крупкин А. Г. Сравнительная оценка эффективности лечения сезонных депрессий у больных шизотипическим расстройством. Тюменский медицинский журнал. 2012. № 1. С. 6–7.
2. Блажевич Ю.А. Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2018. 22 с.
3. Гриневич Є.Г., Мішнев В.Д., Кушнір А.М. та ін. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади : Методичні рекомендації. – К.: НМАПО імені П.Л. Шупіка, 2012. - 38 с.
4. Заякин Ю. Ю., Трегубов Л. З., Сединина Н. С., Шивирев Н. А. Клинические особенности феноменологически сходных состояний при невротических и шизотипических расстройствах. Пермский медицинский журнал. 2011. Вып. 28, № 5. С. 37–41.

5. Иванова Л. А. Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. *Acta Biomedica Scientifica*. 2020. Vol. 5, № 1. P. 60–64.
6. Каткова М. Н. Особенности защитно-адаптивной системы у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством. *Вестник Томского государственного университета*. 2011. № 345. С. 183–185.
7. Кобзова М. П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР). *Медицинская психология в России*. 2015. № 1 (30). С. 9.
8. Малкова Е. Е. Особенности психологических защит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством. *Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова*. 2011. Вып. 18, № 4. С. 48–49.
9. Меринов А. В., Алексеева А. Ю., Стойнич Я. Шизотипическое расстройство у обучающихся в вузе: расширенная клиническая и личностнопсихологическая характеристики. *Наука молодых – Eruditio Juvenium*. 2018. Вып. 6, № 4. С. 477–483.
10. Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В. Психотерапевтическая динамика в аналитической группе. *Томск : РАСКО*, 2001. 155 с.
11. Потапова В. А. Полиmodalная психотерапия, интеграция методов в лечении шизотипического расстройства. *Тюменский медицинский журнал*. 2012. № 1. С. 47.
12. Северова Е. А., Охапкин А. С., Даутова М. А. и др. Возможности изучения социального интеллекта у пациентов психиатрического стационара. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2016. Вып. 15, № 4. С. 134–141.
13. Сирота Н. А., Ярославская М. А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством. *Медицинская психология в России*. 2014. № 1 (24). С.1–9. DOI: 10.24411/2219-8245-2014-00001.
14. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М. : Чеховский печатный двор, 2017. 304 с.
15. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Читлова В. В. Расстройства личности и депрессия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2012. № 9. С. 4–11.
16. Степанов И. Л., Ваксман А. В. Особенности течения циркулярных депрессий у больных с сопутствующим личностным расстройством. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013. Т. 23, № 4. С. 32–36.
17. Martin E.A., Cicero D.C., Kerns J.G. Social anhedonia, but not positive schizotypy, is associated with poor affective control. *Personal Disord*. 2012. № 3. P. 263–272.
18. Mohr C., Claridge G. Schizotypy - do not worry, it is not all worrisome. *Schizophr. Bull*. 2015. № 41. P. 436–439.
19. Premkumar P., Ettinger U., Inchley-Mort S. et al. Neural processing of social rejection: the role of schizotypal personality traits. *Hum. Brain Mapp*. 2012. № 33. P. 695–706.
20. Raynal P., Goutaudier N., Nidetch V. et al. Typology of schizotypy in non-clinical young adults: Psychopathological and personality disorder traits correlates. *Psychiatry Res*. 2016. № 30 (246). P. 182–187.

РЕЗЮМЕ

АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

ПЛЕХОВ В.А.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина, Запорожье

Проведён обзор актуальных литературных источников по проблеме аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства. Рассмотрена проблема нозологической принадлежности и семиотического наполнения данной патологии, проведен её историографический анализ. Подробно рассмотрены вопросы полиморфизма клинической симптоматики шизотипического расстройства и охарактеризовано психосоциальное влияние патоаффективного компонента на течение и прогноз заболевания.

Проведён анализ наиболее распространённых средств терапии и коррекции названных нарушений у больных шизотипическим расстройством.

Ключевые слова: *шизотипическое расстройство, шизофрения, аффективные нарушения, депрессия, коморбидность в психиатрии.*

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPIC DISORDER

Plekhov V.
*Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine*

A review of current literary sources on the problem of affective disorders in the structure of schizotypal disorder is carried out. The problem of noso-

logical affiliation and semiotic content of this pathology is considered, its historiographic analysis is carried out. The issues of polymorphism of the clinical symptoms of schizotypal disorder are considered in detail and the psychosocial influence of the patho-affective component on the course and prognosis of the disease is characterized. The

analysis of the most common means of therapy and correction of these disorders in patients with schizotypal disorder has been carried out.

Key words: schizotypal disorder, schizophrenia, affective disorders, depression, comorbidity in psychiatry.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА:

- Плехов Владислав Андрійович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет
- Адреса: Україна, 69035, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26
- Тел.: (061) 233-96-66
- E-mail: mr.zetto12@gmail.com
- Плехов Владислав Андреевич – аспірант кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет
- Адрес: Украина, 69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26
- Тел.: (061) 233-96-66
- E-mail: mr.zetto12@gmail.com
- Plekhov Vladislav – graduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University
- Address: Ukraine, 69035, Zaporizhzhia, Mayakovsky Avenue, 26
- Tel.: (061) 233-96-66
- E-mail: mr.zetto12@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 08.12.2020 р.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net