

МЕТОДИКА ПУРИЗАЦІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ (АВТОРСЬКА МЕТОДИКА)

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Проведено порівняльний аналіз клініко-психопатологічних порушень та клініко-етологічних особливостей у період ремісії у пацієнтів, що страждають на шизоафективний розлад, та хворих із параноїдною шизофренією. У хворих виявлено негативні та загальні розлади, а також істотний відсоток відповідних шизофренії етологічних маркерів. Отримані результати свідчать про наявність у період ремісії у хворих на шизоафективний розлад стійких змін патоперсоналогічного кола, які є відмінними від патоперсоналогії шизофренії. Ступінь їх вираженості, структура, ймовірні причини розвитку, вплив на соціальну адаптацію та можливості корекції потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: шизофренія, шизоафективний розлад, діагностика, диференційна діагностика, клініка.

Правильно виконана диференційна діагностика ендogenous психозів є визначальним фактором ефективного лікування та проведення реабілітаційних заходів [1–4]. Упродовж багатьох десятиліть найбільші труднощі викликає диференціація шизоафективного розладу та шизофренії [5, 6]. Унаслідок істинного (дотерапевтичного) та терапевтичного патоморфозу все частіше трапляються атипові і крайові варіанти ендogenous психозів, що значно ускладнює діагностику, особливо на початковому етапі ендogenous захворювання [7].

У теперішній час шизоафективні психози в нозологічному аспекті залишаються однією з найбільш суперечливих категорій у психіатрії. Це зумовлено особливостями перебігу хвороби та клініки загострень, яка складається з афективних синдромів, характерних для біполярного афективного розладу (манії та депресії) та симптомів розщеплення психічної діяльності, притаманних шизофренічному процесу. У клінічній практиці шизоафективний розлад розглядався самостійно і як варіант шизофренії, і як варіант афективної патології. Існує також розподілення шизоафективного розладу на шизодомінантну та афектдомінантну форми [3, 8], що призводить до «розмивання» нозологічних меж і не сприяє правильній діагностиці.

Самостійність шизоафективного розладу констатована і в МКХ-10, проте критерії його діагностики є недостатньо чіткими і сприяють як гіпер-, так і гіподіагностиці цього розладу з подальшими погіршеннями в лікувально-реабілітаційній тактиці [9]. Диференційна діагностика ендogenous психозів базується на психопатологічних особливостях клінічних синдромів, їх патокінезі,

перебігу захворювання, наявності або відсутності прогредієнтності захворювання та, як наслідок, характерних змін особистості [8].

У сучасній практиці критерії диференційної діагностики шизофренії та шизоафективного розладу, які базуються на прогностичних критеріях (ступінь прогредієнтності та наявність/відсутність змін особистості) є найбільш спірними. Уявлення про «інтактність» особистості пацієнтів із шизоафективним розладом здаються сумнівними [2]. Активна та підтримуюча терапія шизоафективного розладу нейрорептиками також призводить до тимчасових і стійких емоційно-вольових порушень, що ускладнює діагностичне рішення щодо наявності або відсутності змін патоперсоналогічного кола в період ремісії. І. А. Поліщук (1976) вказував на стійкі зміни тільки після перших двох-трьох нападів шизоафективного розладу. У подальшому у більшості пацієнтів формувались ознаки церебрастенії, наростаючої психопатизації, нерізких проявів психоорганічного синдрому.

Отже, визначення нозологічно приналежних стійких патоперсоналогічних ознак у період ремісії епізодичних ендogenous психозів дасть змогу покращити результати лікування та соціально-реабілітаційних заходів за рахунок об'єктивізації діагностичного процесу. Зменшити вплив на діагностичний процес патернів симуляції, дисимуляції, агравації можливо за допомогою методики деформалізації ролівої ідентичності лікаря-психіатра та клініко-етологічного підходу, що є перспективним напрямком сучасної психіатрії.

Мета нашої роботи — провести порівняльний аналіз клініко-психопатологічних порушень та клініко-етологічних особливостей у період ремісії

у пацієнтів, що страждають на шизоафективний розлад, та хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріалом дослідження слугували дані, отримані при обстеженні 93 пацієнтів, які хворіють на шизоафективний розлад або параноїдну шизофренію з епізодичним перебігом та особливостями клінічної картини в період загострення, що схожі на шизоафективний напад (значна вираженість афективних розладів та відсутність або низька інтенсивність псевдогалюцинаторних переживань). Обстеження проводилося на базі Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні (ЗОКПЛ) за умови інформованої згоди хворих. Усі пацієнти, які брали участь у дослідженні, раніше стаціонарно лікувалися та перебувають на диспансерно-динамічному обліку у ЗОКПЛ. Згідно з критеріями включення та виключення (вік — від 18 до 60 років, відсутність тяжкої соматичної та неврологічної патології, наявність стійкої ремісії психічного захворювання, необтяжений наркологічний анамнез) для подальшого аналізу було відібрано 86 пацієнтів (34 чоловіки та 52 жінки), серед них 38 з діагнозом шизоафективний розлад (16 чоловіків та 22 жінки), 48 — з епізодичною параноїдною шизофренією (18 чоловіків та 30 жінок). Середній вік обстежених становив $37,4 \pm 8,1$ року.

Клініко-психопатологічний метод було використано у формі вивчення клініко-анамнестичних даних (підтвердження стану ремісії на момент дослідження) та оцінки стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [10].

Клініко-етологічний метод було застосовано для якісного та кількісного аналізу наявності маркерів шизофренії [4] у невербальній поведінці хворих за власною методикою. Проводилися дві 10-хвилинні бесіди на вільну тему в парах «пацієнт — лікар» під час відеозйомки за умов інформованої згоди. При першій бесіді лікар був одягнений у медичний халат, при другій — у звичайний одяг, без будь-якої атрибутики медичного працівника. Таким чином, під час другої частини дослідження було проведено деформалізацію рольової ідентичності лікаря-психіатра як можливого чинника модифікації поведінки пацієнта. Відеозаписи розшифровано клініко-етологічним методом та визначено невербальні поведінкові маркери шизофренії: дисоціацію міміки, гіпомімію в ділянці чола та очей, відсутність очного контакту, стереотипії міміки, жестів та пози, наявність елементів ритуалізованої поведінки тощо. Окрім того, вивчалась інтенсивність трансляції невербальних елементів по каналах пози, жестів, міміки та через маніпулятивну активність і поліморфізм поведінки: співвідношення трансляції одинарних, подвійних, потрійних комплексів поведінки (трансляція поведінкового елементу ізольовано або в комплексі

одночасно з одним або кількома елементами по різних каналах комунікації). Результати дослідження оцінювались окремо під час першої та другої частин інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювалися як середнє арифметичне двох 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. При обробці первинних даних використано такі математичні методи: критерій узгодженості Шапіро — Уїлка ($n < 50$); оцінку дисперсій за кожною шкалою з використанням критерія рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальне розподілення та рівні дисперсії, було розраховано за *t*-критерієм Стьюдента. У випадку коли розподілення в групах відрізнялося від нормального, було застосовано *U*-критерій Манна — Уїтні.

При оцінці стану пацієнтів з ендogenous психозами у стані ремісії за шкалою PANSS виявлено суттєві відмінності між групами хворих на шизоафективний розлад та пацієнтів із шизофренією. Позитивні розлади в осіб із шизоафективним розладом становили $10,7 \pm 3,2$ бала, негативні — $10,8 \pm 3,3$, загальні — $23,9 \pm 6,7$. У пацієнтів, хворих на шизофренію, ці показники становили $11,9 \pm 3,3$; $18,5 \pm 6,7$ та $32,3 \pm 11,3$ бала відповідно. При порівнянні цих показників встановлено наявність статистично значущих відмінностей за показниками негативних ($p < 0,05$) та загальних порушень ($p < 0,01$).

Отримані показники та дані порівняльного аналізу результатів клініко-етологічного дослідження між групами порівняння наведено в таблиці.

Клініко-етологічні характеристики груп порівняння

Канал невербальної комунікації	Групи пацієнтів	
	з шизофренією, $n = 48$	з шизоафективним розладом, $n = 38$
Міміка	$47,9 \pm 11,0^*$	$60,4 \pm 16,5^*$
Жест	$29,3 \pm 13,2$	$22,2 \pm 7,6$
Поза	$14,0 \pm 7,6$	$16,7 \pm 4,3$
Маніпуляції	$8,8 \pm 3,6^{**}$	$1,7 \pm 0,6^{**}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Згідно з даними, отриманими в результаті клініко-етологічного дослідження, при шизоафективному розладі невербальна активність по каналах міміки та жестів була більшою, а кількість елементів пози та маніпуляції — меншою, ніж при шизофренії. При цьому у відсотковому співвідношенні при обох захворюваннях перше місце

займала міміка ($60,4 \pm 16,5$ та $47,9 \pm 11,0\%$ відповідно), друге — жести ($22,2 \pm 7,6$ та $29,3 \pm 13,2\%$), далі поза ($16,7 \pm 4,3$ та $14,0 \pm 7,6\%$), маніпуляції ($1,7 \pm 0,6$ та $8,8 \pm 3,6\%$). Різниця показників маніпулятивної активності між групами порівняння є статистично значущою ($p < 0,01$). Питома вага одинарних комплексів була більшою при шизофренії, ніж при шизоафективному розладі (відповідно $74,8 \pm 25,1$ та $63,8 \pm 18,0\%$, $p < 0,05$). Більшу кількість складних комплексів демонстрували пацієнти з шизоафективним розладом ($22,0 \pm 10,6$ та $30,8 \pm 10,5\%$ — для подвійних; $3,2 \pm 2,5$ та $5,4 \pm 1,7\%$ — для потрійних). Одночасної невербальної трансляції по усіх чотирьох каналах в жодному з досліджень зареєстровано не було.

У результаті клініко-етологічного дослідження виявлено, що відсоток невербальних маркерів шизофренії у пацієнтів, які страждають на це захворювання, значно вищий ($p < 0,01$), ніж в осіб із шизоафективним розладом ($34,3 \pm 9,4$ та $20,8 \pm 8,5\%$).

У результаті проведеного дослідження апробовано та підтверджено інформативність запропонованої методики вивчення наявності патоперсоналогічних трансформацій та ступеня вираженості емоційно-вольового зниження з використанням клініко-етологічного методу. Зазначено, що у період ремісії при шизоафективному розладі наявні негативні та загальні прояви, а також високий відсоток невербальних маркерів шизофренії.

У пацієнтів із шизофренією порівняно з хворими на шизоафективний розлад виявлено більш виражені негативні та загальні порушення за шкалою PANSS. Маніпулятивна активність пацієнтів із шизофренією значно (в 5 разів) перевищує аналогічний показник у хворих із шизоафективним розладом. Отримані результати свідчать про наявність у період ремісії у хворих на шизоафективний розлад стійких змін патоперсоналогічного кола, які є відмінними від патоперсоналогії шизофренії.

Перспективи подальших досліджень полягають в тому, що наявні при шизоафективному розладі патоперсоналогічні зміни потребують подальшого вивчення з метою встановлення їх структури, ступеня вираженості, відмінностей від патоперсоналогії шизофренії, імовірних чинників розвитку, впливу на соціальну адаптацію та можливостей корекції.

Список літератури

1. *Марута Н. А.* Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н. А. Марута // *Нейронews: Психоневрология и нейропсихиатрия.*— 2011.— № 2.— С. 35–36.
2. *Петров Д. С.* Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-психиатрическое исследование): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук; спец. 14.01.06 «Психиатрия» / Д. С. Петров.— М., 2012.— 44 с.
3. *Підкоритов В. С.* Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів / В. С. Підкоритов, С. О. Сазонов, Н. А. Байбарак // *Медична психологія.*— 2014.— № 3.— С. 71–77.
4. *Ritsner M. S.* Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project / M. S. Ritsner, V. P. Samokhvalov, O. E. Samokhvalova // *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders.*— Vol. 2, Houten: Springer Netherlands, 2011.— P. 121–164.
5. *Пишель В. Я.* Терапия шизоаффективных расстройств: современные подходы и реальная клиническая практика / В. Я. Пишель, М. Ю. Польшваная // *Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы Рос. конф.*— М., 2003.— С. 153.
6. *Мучник П. Ю.* Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов / П. Ю. Мучник, Е. В. Снедков // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.*— 2013.— № 2.— С. 32–36.
7. *Чугунов В. В.* Истинный патоморфоз психиатрической клиники / В. В. Чугунов // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2012.— Т. 20, вип. 3.— С. 233–234.
8. Клинико-генетические особенности и нозологическая оценка шизоаффективного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов / Г. П. Пантелеева, В. В. Артюх, Г. И. Копейко [и др.] // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2011.— № 4.— С. 12–21.
9. Вітчизняні особливості диференціальної діагностики шизоафективного розладу (перше повідомлення) / С. О. Сазонов, Н. А. Байбарак, О. С. Серікова, А. Г. Назарчук // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2013.— Т. 21, вип. 2 (75).— С. 61–65.
10. *Kay S. R.* Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S. R. Kay.— N. Y.: Brunner/Mazel, 1991.— 216 p.

МЕТОДИКА ПУРИЗАЦИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА (АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА)

Н. Е. ХОМИЦКИЙ

Проведен сравнительный анализ клинико-психопатологических нарушений и клинико-этологических особенностей в период ремиссии у пациентов, страдающих шизоаффективным

расстройством, и больных параноидной шизофренией. У пациентов выявлены негативные и общие расстройства, а также существенный процент соответствующих шизофрении этологических маркеров. Полученные результаты свидетельствуют о наличии в период ремиссии у больных шизоаффективным расстройством стойких изменений патоперсонологического круга, отличных от патоперсонологии шизофрении. Степень их выраженности, структура, вероятные причины развития, влияние на социальную адаптацию и возможности коррекции требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника.

THE TECHNIQUE OF PURIZATION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER USING CLINICAL ETIOLOGICAL METHOD (ORIGINAL TECHNIQUE)

M. E. KHOMITSKYI

A comparative analysis of clinical-psychopathological disorders and clinical-etiological features during remission in patients with schizoaffective disorder and paranoid schizophrenia was performed. The presence of negative and general disorders as well as significant percentage of the corresponding schizophrenia ethological markers was revealed. The obtained results testify to the presence of persistent changes of the pathopersonological circle, distinct from the pathopersonology of schizophrenia in the period of remission in patients with schizoaffective disorder. The degree of their severity, structure, probable causes of development, their impact on social adaptation and the possibility of correction require further investigation.

Key words: schizophrenia, schizoaffective disorder, diagnosis, differential diagnosis, clinical presentation.

Надійшла 15.12.2017