

В. А. Плехов

ТИПОСПЕЦИФІЧНА СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

V. A. Pliekhov

TYPE-SPECIFIC SYSTEM OF PSYCHO-CORRECTION OF AFFECTIVE PATHOLOGY IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

Ключові слова: шизофренія, шизотиповий розлад, психіатрія, коморбідна патологія, афективні розлади, психотерапія, психокорекція

Key words: schizophrenia, schizotypal disorder, psychiatry, comorbid pathology, affective disorders, psychotherapy, psycho-correction

Огляд спеціальної літератури дає уявлення про дисоціацію між досить великою поширеністю поліморфних форм шизотипового розладу та недостатністю наукової розробки методів психокорекції зазначених станів

Мета: на ґрунті виявлених клініко-психопатологічних особливостей афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад розробити типоспецифічну систему їх психокорекції та перевірити її ефективність.

Розроблена система передбачає два вектори психокорекційних заходів: перший — спрямований на зниження вираженості афективних порушень безпосередньо, другий — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану. Для визначення ефективності розробленої системи сформований контингент досліджуваних поділено на дві гомогенні групи: група дослідження (ГД) — 38 хворих, що брали участь у розроблених психокорекційних заходах, група порівняння (ГП) — 42 хворих, які отримували допомогу відповідно до чинних протоколів. Встановлено, що після проведеного лікування поширеність тривожної симптоматики була достовірно ($p = 0,03$) меншою у ГД та сягала клінічно значущого рівня лише у 6 (15,8 %) хворих, як порівняти із ГП, де вона була у 16 (38,1 %) хворих; частота виявлення депресивної симптоматики серед контингенту ГД була достовірно меншою як порівняти з аналогічним показником ГП — 8 (21,1 %) хворих та 19 (45,2 %) хворих відповідно.

Розроблено ефективну типоспецифічну систему психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, що ґрунтується на засадах персоналізованої медицини та має два вектори, що первинно спрямовані на безпосередню редукцію афективних порушень та вторинно — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану.

A review of the specialized literature gives an idea of the dissociation between the wide prevalence of polymorphic forms of schizotypal disorder and the lack of scientific based methods for psycho-correction of these conditions.

Purpose. Based on the identified clinical-psychopathological features of affective disorders in patients with schizotypal disorder, to develop and test the effectiveness of a type-specific system for their psycho-correction.

The developed system provides for two vectors of psycho-correctional measures: the first one is aimed at reducing the severity of affective disorders directly, the second one is aimed at obtaining new introspection skills for patients and identifying indirect signs of deterioration in their condition. To determine the effectiveness of the developed study contingent, it was divided into two homogeneous groups: the study group (SG) included 38 patients who took part in the developed psycho-corrective measures, and the comparison group (CG) included 42 patients who received assistance under existing protocols. It was found that after the treatment, the prevalence of anxiety symptoms was significantly ($p = 0.03$) less in the SG, where it reached a clinically significant level only in 6 (15.8 %) patients compared with CG, where it was found in 16 (38.1 %) patients; the frequency of detection of depressive symptoms among the SG contingent was significantly lower compared to the same indicator of CG — 8 (21.1 %) patients and 19 (45.2 %) patients, respectively.

An effective type-specific system for psycho-correction of affective disorders in patients with schizotypal disorder has been developed, which is based on the principles of personalized medicine and has two vectors, which are primarily aimed at direct reduction of affective disorders and secondarily — at obtaining new skills of introspection and identification by patients.

Роль психокорекції в рамках терапевтичного супроводу хворих на психопатологічні стани шизофренічного спектра та шизотиповий розлад зокрема у сучасному психіатричному дискурсі залишається до кінця не визначеною [1—3]. Більшість вітчиз-

няних та закордонних дослідників погоджуються, що застосування комбінованих підходів, коли вплив адекватно підібраних фармакологічних засобів каталізується конгруентним психотерапевтичним супроводом, є найбільш доцільний в рамках курації цього континенту хворих [2; 4—6]. Низка специфічних для хворих на шизотиповий розлад особливостей

реагування формує суттєві перепони для розгорнутого застосування більшості терапевтичних технік. Сучасні психокорекційні заходи мають бути сфокусовані на подоланні саме цих перепон та обмежень, що можливо завдяки апелюванню до суб'єктивного досвіду сприйняття наявних проявів [6—9]. Огляд спеціальної літератури дає уявлення про дисоціацію між досить великою поширеністю поліморфних форм шизотипового розладу та недостатністю наукової розробки методів психокорекції зазначених станів.

Мета: на ґрунті виявлених клініко-психопатологічних особливостей афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад розробити типоспецифічну систему їх психокорекції та перевірити її ефективність.

За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики протягом 2019—2020 рр. обстежено 128 хворих на шизотиповий розлад, що перебували на амбулаторному лікуванні у КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР (м. Запоріжжя), серед яких було відібрано 100 хворих, що на подальших етапах дослідження були поділені на три групи за критерієм спектра наявної у структурі захворювання афективної патології: до першої групи віднесено 52 хворих із уніполярною психопатологічною симптоматикою депресивного спектра; до другої групи дослідження — 16 хворих, що демонстрували циклічну зміну депресивних та гіпоманіакальних фаз; із решти 32 хворих сформовано третю групу досліджуваних — вони виявляли клінічні ознаки афективного сплосчення. В рамках проведеного дослідження використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (Госпітальна шкала тривоги та депресії — Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; оціночна шкала манії Янга — Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) та статистичний методи.

Сутність розробленої системи психокорекції є використання специфічних для кожного з виявлених варіантів афективних порушень комплексу психокорекційних заходів, метою яких є, насамперед, зниження ризику загострення основного захворювання та частоти госпіталізацій до психіатричного стаціонару.

Розроблена система передбачає два вектори психокорекційних заходів: перший — спрямований на зниження вираженості афективних порушень безпосередньо, другий — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану. Передбачається, що виявляючи ці ознаки, хворі будуть звертатись по психіатричну допомогу амбулаторно, не доводячи до декомпенсації їхнього стану, знижуючи тим самим ризик позапланових госпіталізацій.

Попередньо проведеними клініко-психопатологічними дослідженнями підтверджено, що хворим на шизотиповий розлад властивий брак інтроспективних навичок та пов'язані з цим складнощі в оцінюванні власного стану. З огляду на це, для кожної

групи хворих, залежно від спектра супутньої афективної патології, було сформовано специфічний пул опосередкованих маркерів погіршення їхнього стану, що є в зоні досяжності самосприйняття хворих. Для визначення цих маркерів не є обов'язковим високий рівень критики до усього спектра наявної психопатологічної симптоматики: хворі можуть демонструвати прояви магічного мислення чи інші парасихотичні прояви, водночас бути чутливими до широкого спектра проявів, що не суперечать фабулі їх висловлювань.

Важливим аспектом здобуття навичок хворими в рамках другого вектора розробленої системи психокорекції є уникання стигматизації: психопатологічні симптомокомплекси, які спеціаліст розцінює як ознаки декомпенсації перебігу основного захворювання його пацієнта, не мають бути використані як пряма аргументація наявності у хворого важкого психічного розладу.

Такий підхід повністю відповідає трансферу у сучасній клінічній психіатрії від формалізованої парадигми, якій властива номінативно-описова тактика лікаря із центрованістю на наявних нозологічних конструктах, до персоніфікованих підходів із фокусуванням уваги на суб'єктивному сприйнятті наявних психопатологічних проявів. Саме вивчення закономірностей такого сприйняття стало підґрунтям для виокремлення опосередкованих ознак погіршення стану, навичкам виявлення яких навчаються хворі в рамках другого вектора розробленої системи.

Для хворих із переважанням уніполярної депресивної психопатологічної симптоматики в рамках першого вектора розробленої системи психокорекції пропонується використання таких підходів: раціональної терапії, спрямованої на пояснення хворим природи їх депресивних чи тривожно-депресивних переживань; когнітивної терапії, спрямованої на виявлення та зміну деструктивних переконань щодо себе та оточення; поведінкових технік, що сфокусовані на підвищенні повсякденної активності хворих; групових сесій, які дають змогу знизити рівень соціальної настороженості хворих; сімейного консультування, що спрямовано на пояснення близькому оточенню хворих психологічних особливостей останніх із засвоєнням нових навичок більш ефективного та конструктивного спілкування з ними.

Другий вектор психокорекційної роботи, що проводили із хворими цієї групи, був спрямований на здобуття навичок виявлення суб'єктивних маркерів погіршення перебігу основного захворювання. Такими маркерами для хворих із цим варіантом афективних порушень були неприємне відчуття браку будь-яких відчуттів, відчуженість від власних думок та емоцій, відчуття чужого впливу (як наслідок «порчі», «вроків» тощо), часті неприємні відчуття у тілі, що сприймаються симптомами недіагностованого досі захворювання.

Під час роботи з хворими, що демонструють циклічну зміну депресивних та гіпоманіакальних фаз, пропонуємо використовувати такі підходи: раціональну терапію, спрямовану на пояснення хворим

природи наявних в них коливань настрою, з подальшим застосуванням технік прийняття, що орієнтовані на зниження стигматизації хворих; когнітивну терапію, спрямовану на виявлення та зміну деструктивних переконань щодо себе та оточення; поведінкові техніки, що сфокусовані на визначенні та підтримці нормального рівня повсякденної активності хворих, а також на здобутті навичок так званого «заземлення» для подолання проявів деперсоналізації та дереалізації; групові сесії, які дають змогу знизити рівень соціальної настороженості хворих; сімейні практики, в рамках яких більшість представники близького оточення хворих вивчають психологічні особливості та нові конструктивні патерни взаємодії із їх хворими родичами.

В рамках другого вектора психокорекційної роботи хворі цієї групи навчались навичкам виявлення таких маркерів погіршення перебігу основного захворювання: відчуття пришвидшення думок, втрата відчуття реальності, відчуття «зробленості» навколишнього середовища, відчуття чужого впливу (як наслідок «порчі», «вроків» тощо).

Для хворих, що виявляють ознаки афективного сплюснення, в рамках першого вектора системи психокорекції пропонуємо використовувати техніки, спрямовані на підвищення рівня соціальних навичок, зокрема в рамках індивідуальних зустрічей моделювання тригерних ситуацій із залученням хворих до пошуку найбільш прийнятної та раціональної патерну поведінки. Стимульним матеріалом для цієї техніки можуть бути анамнестичні дані конкретного хворого, що були пов'язані із госпіталізаціями у минулому. З цією метою також можна використовувати рольову гру, де хворий та пацієнт міняються ролями в рамках тої чи тої модельованої ситуації. Залучення хворих із ознаками афективного сплюснення до групових занять є малоефективне через їх схильність до уникання соціальних взаємодій із великою групою людей. Особливу роль у роботі з цією категорією хворих відіграє мотиваційний компонент, первинно дуже важливо заохотити хворих до співпраці. Суттєвим мотиваційним фактором для хворих цієї групи є перспектива можливого перегляду схеми медикаментозної терапії із тенденцією до зниження доз або повної відміни препаратів, ефект від яких був суб'єктивно неприємним. Обов'язковим є залучення сімейних технік, що спрямовані на пояснення близькому оточенню хворих психологічних особливостей останніх із засвоєнням нових навичок більш ефективного та конструктивного спілкування з ними.

В рамках другого вектора психокорекційної роботи хворі цієї групи навчались навичкам виявлення таких маркерів погіршення перебігу основного захворювання: труднощі або неможливість зробити вибір, нав'язливі розлади сприйняття, постійне роздратування щодо інших, конфліктні ситуації з оточенням.

Ефективність розробленої типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад оцінено наприкінці терапевтичного курсу, який зазвичай тривав 5—7 сесій

по 45 хвилин в рамках першого вектора та 3—4 сесій в рамках другого. Оцінку проводили за допомогою психодіагностичних методик визначення вираженості афективних порушень, а саме Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та оціночної шкали манії Янга (YMRS).

Щоб порівняти ефективність розробленої системи із традиційними підходами до терапії хворих на шизотиповий розлад, сформований контингент досліджуваних поділено на дві гомогенні за своєю структурою групи: до групи дослідження (ГД) було включено 38 хворих, що брали участь у розроблених психокорекційних заходах, до групи порівняння (ГП) — 42 хворих, які отримували допомогу відповідно до чинних протоколів (на етапі аналізу ефективності розроблених терапевтичних заходів частина пацієнтів вибула із дослідження). З метою демонстрації гомогенності сформованих груп у табл. 1 наведено поширеність афективних порушень тривожного, депресивного та маніакального спектрів у хворих ГД та ГП на передтерапевтичному етапі.

Таблиця 1. Порівняння поширеності афективних порушень у хворих ГД та ГП перед початком лікування (за HADS та YMRS)

Спектр афективної патології	ГД (n = 38)		ГП (n = 42)		p
	абс.	%	абс.	%	
Тривожний	23	60,5	20	47,6	0,25
Депресивний	34	89,5	39	92,9	0,59
Маніакальний	6	15,8	7	16,7	0,92

Примітка. Тут і далі: n — абсолютна кількість хворих; p — відмінності між групами за критерієм χ^2 (хі-квадрат)

Встановлено брак статистично значущих відмінностей між сформованими групами перед початком лікування за показниками поширеності афективних порушень: 23 (60,5 %) хворих ГД та 20 (47,6 %) хворих ГП виявляли психопатологічні порушення тривожного спектра ($p = 0,25$), 34 (89,5 %) хворих ГД та 39 (92,9 %) хворих ГП демонстрували депресивні розлади клінічного рівня ($p = 0,59$), 6 (15,8 %) хворих ГД та 7 (16,7 %) хворих ГП виявляли гіпоманіакальні прояви ($p = 0,92$).

Щодо поширеності афективних порушень тривожного, депресивного та маніакального спектрів у хворих ГД та ГП після проведеного лікування (табл. 2), встановлено істотну редукцію психопатологічної симптоматики досліджуваних спектрів серед контингентів сформованих груп після проведених терапевтичних заходів. Також виявлено, що зазначена динаміка у вираженості досліджуваних феноменів відрізнялась у ГД та ГП: поширеність тривожної симптоматики була статистично достовірно ($p = 0,03$) меншою у ГД, де вона сягала клінічно значущого рівня лише у 6 (15,8 %) хворих, як порівняти із ГП, де вона була встановлена у 16 (38,1 %) хворих; частота виявлення депресивної симптоматики серед контингенту ГД була статистично достовірно

меншою як порівняти із аналогічним показником ГП — 8 (21,1 %) хворих та 19 (45,2 %) хворих відповідно. Статистично значущих відмінностей у поширеності маніоформних проявів у хворих сформованих груп на цьому етапі дослідження не виявлено, але привертає увагу редуція зазначеного показника в рамках кожної групи окремо: перед початком лікування 6 (15,8 %) хворих ГД мали ознаки гіпоманіакальних станів, а вже після лікування — лише 3 (7,9 %) хворих, що відповідає редуції поширеності цієї ознаки на рівні 50,0 %, тоді як аналогічний показник у ГП сягає лише 28,6 % — 7 (16,7 %) хворих перед початком лікування та 5 (11,9 %) хворих наприкінці.

Таблиця 2. Порівняння поширеності афективних порушень у хворих ГД та ГП після проведеного лікування (за HADS та YMRS)

Спектр афективної патології	ГД (n = 38)		ГП (n = 42)		p
	абс.	%	абс.	%	
Тривожний	6	15,8	16	38,1	0,03
Депресивний	8	21,1	19	45,2	0,02
Маніакальний	3	7,9	5	11,9	0,55

Розроблено типоспецифічну систему психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, що ґрунтується на засадах персоніфікованої медицини та має два вектори: первинно спрямований на безпосередню редуцію афективних порушень та вторинно — на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їхнього стану, що у комбінації із адекватним психофармакологічним супроводом призначено занизити ризик декомпенсації перебігу основного захворювання та позапланових госпіталізацій.

Список літератури

1. Блажевич Ю. А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом // Архив психіатрії. 2016. Т. 22. № 1. С. 87—90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_20.
2. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз : учеб. пособие. 5-е изд., сокр. и испр. Львов : Издатель Марченко Т. В., 2020. 364 с.
3. Schizotypal personality disorder: a current review / [Rosell D. R., Futterman S. E., McMaster A., Siever L. J.] // *Curr Psychiatry Rep.* 2014. No. 16 (7). P. 452. DOI: 10.1007/s11920-014-0452-1.
4. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади : методичні рекомендації / Гриневич Є. Г., Мішиєв В. Д., Кушнір А. М. [та ін.]. Київ : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2012. 38 с.
5. Cognitive and mood functioning in borderline and schizotypal personality disorders / Kim E. Goldstein, Heather A. Berlin, Holly K. Hamilton [et al.] // *Psychology.* 2016. Vol. 7, No. 3. P. 292—299. DOI: 10.4236/psych.2016.73032.
6. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study / Bartak A., Andrea H., Spreeuwenberg M. D. [et al.] // *Psychother. Psychosom.* 2011. No. 80 (2). P. 88—99. DOI: 10.1159/000320587.
7. Clinical Case of a Schizotypal Personality Disorder: Rumination-Focused CBT for Anger Rumination / [S. B. Moeller, V. Kvist ,

J. E. Jansen, E. R. Watkins] // *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2021. No. 51. P. 311—321. DOI: 10.1007/s10879-021-09501-y.

8. Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії / [В. В. Чугунов, В. О. Курило, В. Л. Підлубний, С. М. Канигіна] // *Запорізький медичний журнал.* 2021. Т. 23, № 1 (124). С. 105—110. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/13034>.

9. Хоміцький М. Є. Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на шизоафективний розлад, враховуючи типологію патоперсоналогічних трансформацій // *Запорізький медичний журнал.* 2020. Т. 22. № 6 (123). С. 833—839. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12867>.

References

1. Blazhevich YU. A. Struktura depressivny'x rasstrojstv i ix dinamika u pacientov s pervym psixoticheskim e'pizodom. *Arxiv psixiatrii.* 2016. T. 22. No. 1. S. 87—90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_20. (In Russian).
2. Chugunov V. V. *Psixoterapevticheskij diagnost: ucheb. posobie.* 5-e izd., sokr. i ispr. L'vov : Izdatel' Marchenko T. V., 2020. 364 s.
3. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Jul;16(7):452. doi: 10.1007/s11920-014-0452-1. PMID: 24828284; PMCID: PMC4182925.
4. Hrynevych Ye.H., Mishyiev V.D., Kushnir A.M. ta in. *Alhorytm vstanovlennia funktsionalnoho diahnozu khvorym na shyzofreniiu, shyzotypovi ta maiachni rozlady : metodychni rekomendatsii.* Kyiv : NMAPO imeni P. L. Shupika, 2012. 38 s. (In Ukrainian).
5. Kim E. Goldstein, Heather A. Berlin, Holly K. Hamilton et al. Cognitive and mood functioning in borderline and schizotypal personality disorders. *Psychology.* 2016. Vol. 7, No. 3. P. 292-299. DOI: 10.4236/psych.2016.73032.
6. Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Thunnissen M, Ziegler UM, Dekker J, Bouvy F, Hamers EF, Meerman AM, Busschbach JJ, Verheul R, Stijnen T, Emmelkamp PM. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study. *Psychother Psychosom.* 2011;80(2):88-99. doi: 10.1159/000320587. Epub 2010 Dec 23. PMID: 21196806.
7. Moeller S. B., Kvist V., Jansen J. E., Watkins E. R. Clinical Case of a Schizotypal Personality Disorder: Rumination-Focused CBT for Anger Rumination. *J Contemp Psychother.* 2021. 51(1-2) Pub Date: 2021-04-08. DOI: 10.1007/s10879-021-09501-y.
8. Chuhunov, V. V., Kurylo, V. O., Pidlubnyi, V. L., Kanyhina, S. M. Model' kompleksnoi reabilitacii xvoriv na prostu formu shyzofrenii. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal.* 2021. T. 23, No. 1 (124). S. 105—110. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/13034>.
9. Khomitskyi M. Ie. Optymizatsiia psykhosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzoafektyvnyi rozlad, vrakhovuiuchy typolohiiu patopersonolohichnykh transformatsii. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal.* 2020. T. 22. No. 6 (123). S. 833—839. URL: <http://dSPACE.zsmu.edu.ua/handle/123456789/12867>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 15/03/2023

ПЛЕХОВ Владислав Андрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: mr.zetto12@gmail.com

PLIEKHOV Vladyslav, Postgraduate Student of Departments of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: mr.zetto12@gmail.com