

Плехов В.А.

АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ ТИПОСПЕЦИФІЧНОЇ СИСТЕМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна***Pliekhov V.A.**

APPLICATION ALGORITHM OF A TYPOSPECIFIC SYSTEM FOR PSYCHOCORRECTION OF AFFECTIVE PATHOLOGY IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

*Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine***Резюме**

З метою розробити алгоритм застосування типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, було проведено проспективне дослідження.

Матеріали та методи. За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики протягом 2019-2020 рр. було 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. Для досягнення мети були використані клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи.

За результатами дослідження було сформовано покроковий алгоритм використання типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, який передбачає в рамках першого кроку визначення наявності діагнозу «Шизотиповий розлад» із використанням критеріїв МКХ-10, другого кроку – визначення спектру наявних афективних порушень та їх типологізацію відповідно до попередньо встановленої систематики, третього – факультативну корекцію схем підтримуючої фармакологічної терапії, четвертого – проведення безпосередньо психокорекційних заходів, та п'ятого – визначення їх ефективності з проведенням психодіагностичного дослідження.

Висновок. Розроблено алгоритм використання типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, який не є чіткою інструкцією та має лише рекомендаційний характер та покликаний структурувати взаємодію спеціаліста з хворим.

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

Вступ. Сучасні дослідники у сфері клінічної психіатрії не можуть зійтись у думці щодо визначення доцільності психокорекційних заходів в рамках терапії хворих на розлади шизофренічного спектру [2, 5, 9]. Набуває популярності твердження, що застосування комбінованих підходів, коли

вплив від адекватно підібраних фармакологічних засобів поєднується із психотерапевтичним супроводом, є найбільш ефективним патерном курації даного контингенту хворих [1, 5, 7, 8]. Особливої уваги у цьому контексті заслуговує шизотиповий розлад, оскільки відносно інших розладів даного

спектру він має найбільший корекційний потенціал. Специфічні для хворих на цей розлад особливості реагування формують суттєві перепони для застосування більшості терапевтичних підходів. Сучасні психокорекційні заходи повинні бути сфокусовані на подоланні саме цих перепон та обмежень, що можливо завдяки апелюванню до суб'єктивного досвіду сприйняття наявних проявів [3, 4, 6, 8]. Огляд спеціальної літератури дає уявлення про дисоціацію між значною поширеністю поліморфних форм шизотипового розладу та недостатністю методологічного забезпечення супроводу даного контингенту хворих.

Мета дослідження. Розробити алгоритм застосування типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад.

Матеріали та методи. За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики протягом 2019-2020 рр. було 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. Для досягнення мети були використані клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи.

Результати. На підставі попередньо проведених анамнестичних, клініко-психопатологічних та психодіагностичних досліджень було сформовано типологію афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад та розроблено типоспецифічну систему психокорекції вказаних станів. Коректне використання сформованого терапевтичного інструменту вимагає від спеціаліста покрокового виконання певного алгоритму дій.

Виходячи зі значного поліморфізму клінічної симптоматики, що спостерігається в рамках такої нозологічної одиниці, як «Шизотиповий розлад», першим кроком при первинному зверненні такого хворого за психіатричною допомогою до спеціаліста (як правило, – лікарю-психіатру амбулаторного відділення), варто встановити/

підтвердити або спростувати відповідний діагноз. З цією метою найбільш доцільно використовувати діагностичні критерії, вказані у МКХ-10:

ексцентрична поведінка;

порушення мислення та емоцій, семіотично схожі до таких, що спостерігаються при шизофренії, але не сягають відповідного рівня вираженості (химерні ідеї, що не досягають за своїм рівнем кристалізації маячних, байдужість та неадекватність емоцій, ангедонія тощо);

тенденція до соціальної алієнації;

нестійкі (пара)психотичні епізоди (різні варіанти ілюзій, елементарні слухові галюцинації, нестійкі первинні маячні ідеї);

як правило, відсутність чіткої межі між дебютом та подальшим розвитком захворювання тощо.

У випадку, якщо психопатологічні прояви, які демонструє хворий під час огляду, не відповідають вказаним критеріям, лікар має вирішити питання щодо можливості зміни його діагнозу в рамках амбулаторного прийому або госпіталізації до стаціонарного відділення.

Якщо діагноз «Шизотиповий розлад» встановлюється/підтверджується, другим кроком спеціаліста є визначення особливостей афективної сфери хворого. З цією метою лікар повинен провести психодіагностичне дослідження із використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, A.S. Zigmond та R.P. Snaith, 1983), та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R.C. Young та ін., 1978). Крім цього, під час встановлення анамнестичних даних особливу увагу треба приділити відомостям щодо епізодів немотивовано підвищеного настрою та психопатоподібної поведінки у минулому, окремо варто оцінювати частоту та причини попередніх госпіталізацій до психіатричного стаціонару. Результатом даного кроку є визначення специфічного типу афективних порушень у конкретного хворого: рекурентного, циклотимічного або вихолощеного.

Третім кроком є визначення необхід-

ності призначення чи зміни існуючої схеми психофармакологічного лікування хворого.

Четвертим кроком, за умови згоди хворого, є проведення психокорекційних заходів в рамках розробленої системи, сутністю якої є використання специфічних для кожного з виявлених типів афективних порушень комплексу психокорекційних заходів, метою яких є, в першу чергу, зниження ризику загострення основного захворювання та частоти госпіталізацій до психіатричного стаціонару. Вказана система передбачає два вектори психокорекційних заходів: перший – направлений на зниження вираженості афективних порушень безпосередньо, другий – на здобуття хворими нових навичок самоаналізу та виявлення опосередкованих ознак погіршення їх стану. Передбачається, що, виявляючи ці ознаки, хворі будуть звертатись за психіатричною допомогою амбулаторно, не доводячи до декомпенсації їх стану, знижуючи тим самим ризик позапланових госпіталізацій. Тривалість терапевтичного курсу в рамках розробленої схеми складає 5-7 сесій по 45 хвилин в рамках першого вектору, та 3-4 сесій в рамках другого.

Попередньо було підтверджено, що для хворих на шизотиповий розлад характерним є брак інтроспективних навичок та пов'язані з цим складнощі в оцінці власного стану. Виходячи з цього, для кожної групи хворих, в залежності від спектру супутньої афективної патології, було сформовано специфічний пул опосередкованих маркерів погіршення їх стану, що знаходяться в зоні досяжності самосприйняття хворих. Для визначення цих маркерів не є обов'язковим високий рівень критики до усього спектру наявної психопатологічної симптоматики: хворі можуть демонструвати прояви магічного мислення чи інші парасихотичні прояви, при цьому бути чутливими до широкого спектру проявів, що не суперечать фабулі їх висловлювань.

Важливим аспектом здобуття навичок хворими в рамках другого вектору розробленої системи психокорекції є уникання

стигматизації: психопатологічні симптомокомплекси, що розцінюються спеціалістом як ознаки декомпенсації перебігу основного захворювання його пацієнта, не повинні бути використанні у якості прямої аргументації наявності у хворого важкого психічного розладу. Такий підхід повністю відповідає трансферу у сучасні клінічні психіатрії від формалізованої парадигми, для якої характерна 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 виділення опосередкованих ознак погіршення стану, навичкам виявлення яких навчаються хворі в рамках другого вектору розробленої системи.

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

Другий вектор психокорекційної роботи, що проводилась із хворими цієї групи, був направлений на здобуття навичок виявлення суб'єктивних маркерів погіршення перебігу основного захворювання. Такими маркерами для хворих із даним варіантом афективних порушень були: неприємне відчуття відсутності будь-яких відчуттів, відчуженість від своїх думок та емоцій, відчуття

чужого впливу (як результат «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, пропонується використовувати наступні підходи: раціональну терапію, направлену на пояснення хворим природи наявних в них коливань настрою, з подальшим застосуванням технік прийняття, що направлені на зниження стигматизації хворих; когнітивну терапію, спрямовану на виявлення та зміну деструктивних переконань щодо себе та оточуючих; поведінкові техніки, що сфокусовані на визначенні та підтримці нормального рівня повсякденної активності хворих, а також на здобутті навичок т.з. «заземлення» для подолання проявів деперсоналізації та дереалізації; групові сесії, які дозволяють знизити рівень соціальної настороженості хворих; сімейні практики, в рамках яких більшість представників близького оточення хворих вивчають психологічні особливості та нові конструктивні патерни взаємодії із їх хворими родичами.

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

Для хворих, що виявляють ознаки афективного сплоснення, в рамках першого вектору системи психокорекції пропонується використовувати техніки, направлені 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 даної техніки можуть слугувати анамнестичні дані конкретного хворого, що були пов'язані із госпіталізаціями у минулому. З цією

метою також може бути використана ролева гра, де хворий та пацієнт міняються ролями в рамках тої чи іншої модельованої ситуації. Залучення хворих із ознаками афективного сплоснення до групових занять є малоефективним через їх схильність до уникання соціальних взаємодій із великою групою людей. Особливу роль у роботі з цією категорією хворих має 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 дозування або повної відміни препаратів, ефект від яких був суб'єктивно неприємним. Обов'язковим є залучення сімейних технік, що направлені на пояснення близькому оточенню хворих психологічних особливостей останніх із засвоєнням нових навичок більш ефективного та конструктивного спілкування з ними.

В рамках другого вектору психокорекційної роботи хворі цієї групи навчались навичкам виявлення наступних маркерів погіршення перебігу основного захворювання: труднощі або неможливість зробити вибір, нав'язливі розлади сприйняття, постійне роздратування по відношенню до інших, конфліктні ситуації з оточуючими.

П'ятим кроком запропонованого алгоритму є визначення ефективності проведених терапевтичних заходів, що відбувається одразу після їх закінчення із використанням вказаних раніше Госпітальної шкали тривоги та депресії та Оціночної шкали манії Янга. Доцільним також є катамнестичне спостереження за хворим з метою визначення динаміки психопатологічних проявів у довгостроковій перспективі.

Висновки. Розроблено покроковий алгоритм використання типоспецифічної системи психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, який передбачає послідовну діагностику шизотипового розладу, визначення спектру наявних афективних порушень, корекцію медикаментозного супроводу, проведення безпосередньо психокорекційних

заходів та визначення їх ефективності. Розроблений алгоритм не є чітким керівництвом до дії та має лише рекомендаційний характер.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади: методичні рекомендації / Гриневиц Є.Г. та ін. К.: НМАПО імені П.Л. Шупика, 2012. 38 с.
2. Блажевич Ю. А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом. Архив психиатрии. 2016. Т. 22. № 1. С. 87-90.
3. Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії / В. В. Чугунов, В. О. Курило, В. Л. Підлубний та ін. Запорозький медичинський журнал. 2021. Т. 23, № 1 (124). С. 105-110.
4. 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.
5. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз: учеб. пособие. 5-е изд., сокр. и испр. Львов: Издатель Марченко Т. В., 2020. 364 с.
6. Clinical Case of a Schizotypal Personality Disorder: Rumination-Focused CBT for Anger Rumination / Moeller, S.B. et al. J Contemp Psychother. 2021. № 51. P. 311–321.
7. Cognitive and mood functioning in borderline and schizotypal personality disorders / Goldstein K. E. et al. Psychology. 2016. Vol. 7, № 3. P. 292-299.
8. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study / Bartak A. et al. Psychother. Psychosom. 2011. № 80 (2). P. 88–99.
9. Schizotypal personality disorder: a current review / Rosell D. R. al. Curr. Psychiatry Rep. 2014. № 16 (7). P. 452.

SUMMARY

APPLICATION ALGORITHM OF A TYPOSPECIFIC SYSTEM FOR PSYCHOCORRECTION OF AFFECTIVE PATHOLOGY IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

Pliekhov V.A.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Aim. In order to develop an application algorithm of a typospecific system for psychocorrection of affective pathology in patients with schizotypal disorder, a prospective study was conducted.

Materials and methods. Subject to the provision of informed consent and in compliance with the principles of bioethics during 2019-2020 128 patients with schizotypal disorder, who were on outpatient treatment in the «Regional Clinical Institution for Psychiatric Care» (Zaporizhzhia, Ukraine) were examined, among which 100 patients were selected for further research. To achieve the goal, clinical-anamnestic and clinical-psychopathological methods were used.

According to **the results of the study**, a step-by-step application algorithm of a typospecific system for psychocorrection of affective pathology in patients with schizotypal disorder was formed, which provides, as part of the first step, determining the presence of a diagnosis of «Schizotypal disorder» using the ICD-10 criteria, the second step is determining the spectrum of existing affective pathology and its typology, the third step – optional correction of maintenance pharmacological therapy schemes, the fourth step – the implementation of directly psychocorrectional measures and the fifth step – the determination of their effectiveness with a psychodiagnostic study.

Conclusion. An application algorithm of a typospecific system for psychocorrection of affective pathology in patients with schizotypal disorder has been developed, which is not a clear guide to action and is only advisory in nature and is designed to structure the interaction between specialists with a patient.

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

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- **Плехов Владислав Андрійович**

Аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Адреса: Україна, 69035, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26

Тел.: (061) 233-96-66

E-mail: mr.zetto12@gmail.com

- **Pliekhov Vladyslav**

Postgraduate student of Departments of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Address: Ukraine, 69035, Zaporizhzhia, Mayakovskiyi prosp., 26

Tel.: (061) 233-96-66

E-mail: mr.zetto12@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 22.05.2023 р.

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