

№32(8). P. 1757-62. doi: 10.1007/s00268-008-9552-6.

7. Характер прогресування хронічного гепатиту С при різних комбінаціях генотипів генів цитокінів (IL-1 β , IL-1) та ангіотензинперетворюючого ферменту / Яцик І.В. *Вісник проблем біології і медицини*. 2013. № 3, Т.1 (102). С.285-290.

8. Mion F., Tonon S., Toffoletto B. et al. IL-10 production by B cells is differentially regulated by immune-mediated and infectious stimuli and requires p38 activation Author links open overlay panel. *Molecular Immunology*. 2014. Vol. 62 (2). P. 266-276.

9. Henning W. TNF and ubiquitin at the crossroads of gene activation, cell death, inflammation, and cancer. *Immunol. Rev.* 2011. №244(1). P.9-28. doi: 10.1111/j.1600-065X.2011.01066.x.

10. Lee Y.A., Wallace M. C., Friedman S. L. Pathobiology of liver fibrosis: a translational success story. *Gut*. 2015. №64(5). P. 830–841. doi:10.1136/gutjnl-2014-306842

11. Bochud P.Y., Bibert S., Kutalik Z. et al. IL28b alleles associated with poor Hepatitis C virus (HCV) clearance protect against inflammation and fibrosis in patients infected with non-1 HCV genotypes. *Hepatology*. 2012. Vol.55. P. 384–394.

12. Parsons C.J., Takashima M., Rippe R.A. *Molecular mechanisms of hepatic fibrogenesis*. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007. 22(1). P. 79–84.

13. Karsdal M.A., Daniels S.J., Holm N. S. [et al]. Collagen biology and non-invasive biomarkers of liver fibrosis. *Liver Int*. 2020; 40: 736– 750. <https://doi.org/10.1111/liv.14390>.

14. Orasan O.H., Ciulei G., Cozma A. [et al]. Hyaluronic acid as a biomarker of fibrosis in chronic liver diseases of different etiologies. *Clujul Med*. 2016;89(1):24-31. doi:10.15386/cjmed-554.

15. Poynard T., Bedossa P., Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. *Lancet*. 1997. 349(9055). P.825–32. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07642-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07642-8).

Робота надійшла в редакцію 25.01.2023 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.895:616.895-008]-047.23

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7796014>

В. А. Плехов, В. О. Курило

СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОТИПОВОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМИ АФЕКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Запорізький державний медичний університет

Author information.

PliekhovVladyslav –ORCID: 0000-0001-6884-0151

KuriloVitalii –ORCID: 0000-0001-6579-8306

Summary. Pliekhov V. A., Kurilo V. O. **STRUCTURAL-DYNAMIC FEATURES OF SCHIZOTYPAL DISORDER IN PATIENTS WITH COMORBID AFFECTIVE PATHOLOGY.** – *State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: dgylia.as@gmail.com*. **Background.** The study of the structural and dynamic features of the psychopathological symptoms of schizophrenia spectrum disorders remains one of the most

pressing issues in clinical psychiatry. **Purpose.** On the basis of clinical-psychopathological analysis, to establish the structural and dynamic features of schizotypal disorder in patients with comorbid affective pathology. **Research results.** It was determined that patients with schizotypal disorder with a predominance of depressive symptoms are characterized by a general decrease in the pace of thinking; suppressed anxiety-hypochondriacal ideas; manifestations of depressive depersonalization; thoughts of self-humiliation, which reach the level of overvalued ones and are reflected in the plot of elementary disorders of perception; passive negativity and distrust of others. For patients with a cyclical change in depressive and hypomanic phases, more large-scale egocentric non-expansive ideas are typical; thinking «over the step»; impulsiveness, fruitless activation, acceleration of the pace of thinking, its inconsistency, paralogicality with inclusions of reasoning and slipping during moments of hypomanic phases. For patients with phenomena of affective flattening, the belief in the danger of social contacts is more characteristic; orientation and tendency to active negativism with antisocial behavior; disturbance of perception in the form of pareidolic illusions or elementary hallucinations; lack of social skills, the inability to correctly reflect their own emotional reactions. **Conclusion.** According to the results of the study, the structural-dynamic features of schizotypal disorder in patients with comorbid affective pathology were established, in particular, it was determined that for all patients, regardless of the range of existing affective disorders, poverty of positive, a wide range of negative and general psychopathological symptoms are characteristic.

Key words: schizophrenia, schizotypal disorder, psychiatry, comorbid pathology, affective disorders.

Реферат. Плехов В. А., Курило В. О. **СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОТИПОВОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМИ АФЕКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.** **Актуальність.** Вивчення структурно-динамічних особливостей психопатологічної симптоматики розладів шизофренічного спектру залишається одним із найбільш актуальних питань клінічної психіатрії. **Мета.** На підґрунті клініко-психопатологічного аналізу встановити структурно-динамічні особливості шизотипового розладу у хворих із супутніми афективними порушеннями. **Результати дослідження.** Було визначено, що для хворих на шизотиповий розлад із переважанням депресивної симптоматики характерне загальне зниження темпу мислення; пригнічені тривожно-іпохондричні переживання; прояви депресивної деперсоналізації; думки самоприниження, що сягають рівня надцінних та знаходять своє відображення у фабулі поодиноких елементарних розладів сприйняття; пасивний негативізм та недовіра до оточуючих. Для хворих із циклічною зміною депресивних та гіпоманіакальних фаз є типовими більш масштабні егоцентричні неекспансивні переживання; мислення «через ступінь»; імпульсивність, безплідна активізація, пришвидшення темпу мислення, його непослідовність, паралогічність із включеннями резонерства та зісковзування у моменти гіпоманіакальних фаз. Для хворих із явищами афективного сплюснення більш характерне переконання щодо небезпечності соціальних контактів; алієнтація та тенденція до активного негативізму із асоціальною поведінкою; порушення сприйняття у формі парейдолічних ілюзій або елементарних галюцинацій; брак соціальних навичок, неможливість коректного відображення власних емоційних реакцій. **Висновок.** За результатами проведеного дослідження були встановлені структурно-динамічні особливості шизотипового розладу у хворих із супутніми афективними порушеннями, зокрема, було визначено, що для усіх хворих, не залежно від спектру наявних афективних порушень, характерні бідність позитивної, широкий спектр негативної та загальної психопатологічної симптоматики.

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

Актуальність. Вивчення структурно-динамічних особливостей психопатологічної симптоматики розладів шизофренічного спектру залишається одним із найбільш актуальних питань клінічної психіатрії [8, 10]. У цьому контексті особливої уваги

заслугове шизотиповий розлад – артіфіціально створена нозологічна група, що за своєю клінічної семіотикою займає проміжне положення між процесуальною шизофренією та шизоїдним розладом особистості [5]. Медіальне положення між розладами ендogenous-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 [9, 11].

Психопатологічна симптоматика, що спостерігається в структурі шизотипового розладу, відрізняється значним поліморфізмом та може включати в себе різні комбінації obsesивних, фобичічних, астеничних, іпохондричних, конверсійних та афективних розладів. Превалювання 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 [1, 2, 6, 12].

Мета роботи. На підґрунті клініко-психопатологічного аналізу встановити структурно-динамічні особливості шизотипового розладу у хворих із супутніми афективними порушеннями.

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, що на подальших етапах дослідження були розподілені на три групи за критерієм спектру наявної у структурі захворювання афективної патології: до групи дослідження 1 (Г1) увійшли 52 хворих, у яких була виявлена уніполярна психопатологічна симптоматика депресивного спектру; до групи дослідження 2 (Г2) увійшли 16 хворих, що демонстрували циклічну зміну депресивних та гіпоманіакальних фаз; останні 32 хворих сформували групу дослідження 3 (Г3) – вони виявляли клінічні ознаки афективного сплюснення. Для досягнення мети були використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та клініко-статистичний методи. Клініко-психопатологічний метод був реалізований із використанням Діагностичної шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein, 1987) [7]. Статистична обробка матеріалу здійснювалась за допомогою програмного забезпечення «Excel» (Microsoft, США) та «STATISTICA» 13.0. («Statsoft», США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки одержаних даних.

Результати дослідження

Проведено аналіз враженості позитивної, негативної та загальної психопатологічної симптоматики у хворих сформованих груп дослідження. У табл. 1 представлено компаративний аналіз позитивної психопатологічної симптоматики у Г1, Г2 та Г3.

Таблиця 1. – Вираженість позитивної психопатологічної симптоматики в Г1, Г2 та Г3 (за шкалою PANSS)

Ознаки	Г1 (52 хворих)	Г2 (16 хворих)	Г3 (32 хворих)	Г1		Г2	
				Г2	Г3	Г3	
P1	Маячення	2,52±0,09	2,31±0,18	2,22±0,12	0,30	0,06	0,67
P2	Розлади мислення	2,54±0,12	2,56±0,22	2,34±0,14	0,92	0,29	0,41
P3	Галюцинації	1,83±0,1	2,44±0,32	2,41±0,16	0,07	0,003	0,93
P4	Збудження	2,92±0,19	4,31±0,34	3,31±0,21	>0,001	0,17	0,02
P5	Ідеї величі	2,02±0,12	3,19±0,31	1,91±0,16	>0,001	0,57	>0,001
P6	Настороженість, ідеї переслідування	2,27±0,13	2,94±0,35	1,75±0,13	0,08	0,006	0,002
P7	Ворожість	1,73±0,14	2,25±0,28	2,44±0,16	0,10	0,001	0,56

*Примітка: сірим кольором виділено статистично достовірні ($p < 0,05$) розбіжності.

Слід відзначити загальну бідність позитивної симптоматики в усіх сформованих групах дослідження.

Середні показники вираженості за субшкалою «Маячення» у сформованих групах не мали статистично значимих відмінностей та сягали $2,52 \pm 0,09$ балів у Г1, $2,31 \pm 0,18$ балів у Г2 та $2,22 \pm 0,12$ балів у Г3. Не зважаючи на подібність кількісних показників, клінічне наповнення даної субшкали мало свої особливості у кожній із груп. Так, у хворих Г1 були виявлені нестійкі, але систематизовані переживання, що за рівнем своєї кристалізації досягали рівня надциничних ідей та за фабулою мали відношення до переживань тривожно-іпохондричного характеру: хворі цієї групи були переконані у високому ризику зараження респіраторними вірусними захворюваннями, не знімали маски навіть у безлюдному місці, на вулиці, були схильні до використання методів нетрадиційної медицини з метою попередження ймовірного зараження, не маючи критики до цього; окремі хворі, із переважанням депресивної фабули переживань, висловлювали думки про власну нікчемність, гріховність, звинувачували себе у різних неприємних подіях, що не мали жодного відношення до них: непоодинокими були випадки звинувачення себе хворими у виникненні та розповсюдженні коронавірусної інфекції у світі. Але характер висловлювання описаних переживань мав свої особливості у хворих цієї групи, які полягали у їх емоційній бідності, відстороненості, що є клінічним проявом патопластичної трансформації афективної патології під впливом основного захворювання. Тематичне наповнення висловлюваних переживань хворих Г2 було подібним до такого у Г1, відрізнялось воно лише поодинокими випадками думок про власну велич, силу та владу, чим саме і пояснювалась причетність до негативних подій у світі: деякі хворі мали переконання, що всесвіт – це лише продукт їх уяви, метафізична конструкція сформована їх мозком та звинувачували себе у тому, що «створили» хвороби, війни, страждання тощо. Слід також відзначити, що подібні переконання суттєво не впливали на повсякденне життя хворих та не призводили до вираженої декомпенсації соціальної функції. Висловлювання хворих Г3 у своїй більшості були пов'язані із переконанням у марності активної діяльності та настороженістю щодо будь яких соціальних контактів із малознайомим людьми: для них було характерно відчуття небезпеки від інших людей та переконання, що всі оточуючі хочуть їх скривдити, це виражалась у соціальній алієнації та різноплановому негативізмі при взаємодії з іншими.

За субшкалою «Розлади мислення» статистично значимих відмінностей між показниками груп дослідження також не було встановлено, їх вираженість у Г1, Г2 та Г3 сягала $2,54 \pm 0,12$, $2,56 \pm 0,22$ та $2,34 \pm 0,14$ балів відповідно. На клінічному рівні розлади мислення у всіх групах дослідження також мали багато спільного, для сформованого контингенту було характерно паралогічність із елементами зісковзування та резонерства асоціативного процесу, які проявлялися у момент висловлювання переживань описаних вище. Слід відмітити виявлену між групами дослідження відмінність у темпі мислення, так для хворих Г1 та Г3 швидкість плину асоціацій була значно меншою порівняно із хворими Г2, що можливо пояснити «завантаженістю» депресивними переживаннями хворих Г1 та вираженими порушеннями вольових процесів хворих Г3.

Середні показники вираженості за субшкалою «Галюцинації» у сформованих групах сягали $1,83 \pm 0,1$ балів у Г1, $2,44 \pm 0,32$ балів у Г2 та $2,41 \pm 0,16$ балів у Г3, при цьому середній показник у Г3 достовірно ($p=0,003$) більший за Г1. Прояви психопатологічної симптоматики даного спектру мали свої відмінності між групами дослідження, так хворі Г2 та Г3 частіше повідомляли про порушення сприйняття, що досягали рівня парейдолічних ілюзій та, у рідких випадках, елементарних галюцинацій, які могли сприйматись як окреме явище та не впливати на повсякденне функціонування хворих або існувати в рамках фабули висловлюваних переживань: деякі хворі стверджували, що перебуваючи у певних обставинах можуть почути «голос», який їх кличе, наприклад при відвідуванні лікарні або під час спілкування із незнайомими людьми. У хворих Г1 розлади сприйняття виявлялися набагато рідше, лише у поодиноких випадках виражались у функціональних елементарних слухових галюцинаціях, що за своїм тематичним наповненням відповідали загальному модусу наявної афективної патології: хворі повідомляли, що на стороннього шуму вони могли почути «голос», який їх сварив, повторюючи одна або декілька образливих слів. Виявлені особливості порушення сфери сприйняття хворих груп дослідження сформувались у результаті синергічного впливу елементів наявного комплексу психічної патології на

функції психіки.

Середні показники вираженості за субшкалою «Збудження» у сформованих групах сягали $2,92 \pm 0,19$ балів у Г1, $4,31 \pm 0,34$ балів у Г2 та $3,31 \pm 0,21$ балів у Г3, при цьому середній показник у Г2 достовірно більший ніж у Г1 ($p > 0,001$) та Г3 ($p = 0,02$). Виявлена різниця у кількісних показниках психопатологічної симптоматики даного спектру клінічно була представлена у превалюванні у хворих Г2 особливої форми збудження, для якої було характерно прискорення темпу асоціативного процесу, як результат, його непослідовності, що поєднувалась із різними порушеннями мислення, на кшталт резонерства, зісковзування та паралогічності, у спілкуванні із такими хворими на перший план виходять епізоди їх немотивованої збудженості, імпульсивності, що супроводжуються підвищенням їх активності, яка, у свою чергу, є марною та не призводить до завершення розпочатої справи, тому що швидко змінюється на абсолютну пасивність. Специфічну форму збудження демонстрували також і хворі Г3, її особливістю було, на відміну від Г2, переважання гетероагресивного настрою у моменти імпульсивності, що знаходило своє відображення у асоціальній поведінці в момент декомпенсації стану та ставало причиною для позапланових госпіталізацій у психіатричний стаціонар. Для хворих Г1 стани збудження були менш типові та майже не зустрічалися.

Аналогічна тенденція мала місце і за субшкалою «Ідеї величі»: середній показник у Г2 складав $3,19 \pm 0,31$ балів, що статистично достовірно більше ніж у Г1 ($p > 0,001$), де він був виявлений на рівні $2,02 \pm 0,12$ балів та Г3 ($p > 0,001$), де даний показник був найнижчий серед усіх груп і складав $1,91 \pm 0,16$ балів. Виявлена різниця у кількісних показниках психопатологічної симптоматики даного спектру на клінічному рівні була представлена у висловлюванні хворими Г2 переконань про наявність у них особливих надлюдських здібностей, особливого положення тощо, представлені думки не мали експансивності та майже не впливали на характер повсякденного функціонування хворих, окрім того, що у моменти актуалізації депресивного афективного фону, вони відчували свою причетність та навіть відповідальність за негативні явища, на які вони об'єктивно вплинути не могли.

Середні показники вираженості за субшкалою «Настороженість, ідеї переслідування» у сформованих групах сягали $2,27 \pm 0,13$ балів у Г1, $2,94 \pm 0,35$ балів у Г2 та $1,75 \pm 0,13$ балів у Г3, при цьому середній показник у Г3 статистично достовірно менший ніж у Г1 ($p = 0,006$) та Г2 ($p = 0,002$). Виявлену різницю у вираженості психопатологічної симптоматики даного спектру між групами дослідження можливо пояснити тим, що хворі Г1 та Г2 частіше демонстрували недовіру до оточуючих, активно висловлюючи при цьому власні переконання у тому, що хтось хоче завдати їм збитків, скривити чи пограбувати, на відміну від хворих Г3, які також виявляли ознаки недовіри до оточуючих, проте не мали жодного паралогічного пояснення цьому. Якщо у випадку хворих Г1 та Г2 названі явища каузально пов'язані із порушеннями процесів мислення, формування надцінних та парамаячних ідей, то у випадку хворих Г3 – із вираженими порушеннями у емоційній сфері, що суттєво ускладнюють розпізнавання хворими емоційних реакцій оточуючих, нерозуміння контексту актуальної ситуації та призводить до формування почуття недовіри.

Найвищі показники за субшкалою «Ворожість» були виявлені у хворих Г3, тут середній показник сягав $2,44 \pm 0,16$ балів, що статистично достовірно ($p = 0,001$) більше ніж аналогічний показник у Г1, де він був виявлений на рівні $1,73 \pm 0,14$ балів; вираженість даної ознаки у Г2 складала $2,25 \pm 0,28$ балів. На клінічному рівні виявлені відмінності мали свої особливості, так для хворих Г3 було більш характерно прояви негативізму, роздратованість, пряма та пасивна агресія, що інколи ставали приводом для позапланових госпіталізацій до психіатричного стаціонару. Частою причиною для формування конфліктних ситуацій із представниками цієї групи була невідповідність очікувань соціального оточення хворих та можливостей побудови ефективного соціального контакту останніми. Саме брак соціальних навичок, труднощі у розпізнаванні емоцій оточуючих, неможливість коректного відображення власних емоційних реакцій призводили до формування хворими Г3 поведінкового патерну соціальної алієнації, агресивного відчуження, що мали виключно захисний характер. Механізм формування ворожої поведінки у хворих Г2, де також мали місце відносно високі показники за даною субшкалою, відрізнялись від таких у Г3: тут хворі мали більш активну позицію, що не залежала від зовнішніх факторів, бо була

обумовлена внутрішніми факторами, а саме фабулою хворобливих переживань.

Вираженість негативної психопатологічної симптоматики у Г1, Г2 та Г3 представлено у табл. 2.

Таблиця 2. – Вираженість негативної психопатологічної симптоматики в Г1, Г2 та Г3 (за шкалою PANSS)

Ознаки	Г1 52 хворих	Г2 16 хворих	Г3 32 хворих	Г1		Г2
				Г2	Г3	Г3
N1 Притуплення афекту	2,83±0,14	2,94±0,27	4,69±0,13	0,71	>0,001	>0,001
N2 Емоційна відчуженість	2,38±0,13	2,5±0,2	4,81±0,1	0,63	>0,001	>0,001
N3 Порушення комунікації	3,88±0,16	2,75±0,4	3,78±0,12	0,01	0,61	0,02
N4 Апатичне соціальне відчуження	4,48±0,2	3,13±0,4	4,13±0,2	>0,001	0,21	0,008
N5 Порушення абстрактного мислення	3,13±0,11	3,0±0,22	2,97±0,18	0,59-	0,43	0,91
N6 Порушення спонтанності та плавності мови	3,29±0,14	2,94±0,27	4,13±0,19	0,25	0,001	>0,001
N7 Стереотипність мислення	2,6±0,09	2,75±0,25	3,03±0,15	0,56	0,06	0,34

*Примітка: сірим кольором виділено статистично достовірні ($p < 0,05$) розбіжності.

Негативна психопатологічна симптоматика, у порівнянні із позитивною, була представлена у більш широкому спектрі серед контингенту дослідження усіх сформованих груп, а її інтенсивність була значно вищою. Так, найвищі показники за субшкалою «Притуплення афекту» були виявлені у хворих Г3, тут середній показник сягав 4,69±0,13 балів, що статистично достовірно ($p < 0,001$) більше ніж аналогічний показник у Г1, де він був виявлений на рівні 2,83±0,14 балів та Г2, де він був представлений на рівні 2,94±0,27 балів. На клінічному рівні виявлені відмінності також мали свої особливості, так для хворих Г3 було більш характерно зниження загальної емоційності, бідність мімічних та пантомімічних проявів, часто мав місце маскоподібний вираз обличчя із застиглим байдужим виразом на ньому. Усі перелічені ознаки були характерні і для хворих Г1 та Г2, але у меншій мірі своєї вираженості. Відмінною особливістю притуплення афективних реакцій у хворих Г1 та Г2 було його поєднання із дисоціацією мімічних реакцій: хворі Г1, розповідаючи про приємні події свого життя, експресували страждальну емоційну реакцію, у той момент коли хворі Г2, повідомляючи про неприємні спогади або виказуючи об'єктивно неприємні скарги щодо свого стану здоров'я, мали радісний вираз обличчя.

За субшкалою «Емоційна відчуженість» найвищі показники також були виявлені у хворих Г3, тут середній показник сягав 4,81±0,1 балів, що статистично достовірно ($p = 0,001$) більше ніж аналогічний показник у Г1, де він був виявлений на рівні 2,38±0,13 балів та Г2, де він був представлений на рівні 2,5±0,2 балів. Значна вираженість даного показника у хворих Г3 обумовлена комплексом специфічних для них характеристик, що були описані вище та вичерпуються поняттям «емоційно-вольовий дефект»: хворі цієї групи частіше демонструють байдужість як до загальних подій, так і до явищ, що мають відношення безпосередньо до них.

Середні показники вираженості за субшкалою «Порушення комунікації» у сформованих групах сягали 3,88±0,16 балів у Г1, 2,75±0,4 балів у Г2 та 3,78±0,12 балів у Г3, при цьому середній показник у Г2 достовірно менший ніж у Г1 ($p = 0,01$) та Г3 ($p = 0,02$). Виявлена різниця у кількісних показниках психопатологічної симптоматики даного спектру клінічно була представлена у превалюванні у хворих Г1 та Г3 різних форм порушень інтерперсональної комунікації, що були менш виражені у Г2. Так, на рівень соціальної взаємодії хворих Г1 у більшій мірі впливали психопатологічні конструкти депресивного спектру, що сягали значного рівня вираженості та клінічно були представлені у вигляді байдужості до співрозмовника, зануреністю у власні переживання. У той час коли порушення комунікативної функції хворих Г3 були обумовлені тенденцією до аутизації, незацікавленістю у контактах із зовнішнім світом. Серед хворих Г2 зустрічались специфічні

варіанти порушення комунікації, що супроводжувалися регресом синтонності: у спілкуванні із лікарем хворі не соромлячись повідомляли про інтимні подробиці свого життя, що було не конгруентно ситуації та не вимагалось в рамках терапевтичної роботи.

Аналогічна тенденція мала місце і за субшкалою «Апатичне соціальне відчуження»: середній показник у Г2 склав $3,13 \pm 0,4$ балів, що статистично достовірно менше ніж у Г1 ($p > 0,001$), де він був виявлений на рівні $4,48 \pm 0,2$ балів та Г3 ($p = 0,008$), де даний показник був представлений на рівні $4,13 \pm 0,2$ балів. Встановлена різниця у кількісних показниках психопатологічної симптоматики даного спектру клінічно була представлена у превалюванні у хворих Г1 та Г3 апатичних проявів, які, загалом, були менш вираженими серед контингенту хворих Г2. Механізм формування даного спектру психопатологічної симптоматики є цілком аналогічним до такого у «Порушення комунікації», що описаний вище.

За показником «Порушення абстрактного мислення» статистично значимих відмінностей між сформованими групами виявлено не було. Середній показник у Г1 за даною субшкалою склав $3,13 \pm 0,11$ балів, у Г2 – $3,0 \pm 0,22$ балів, а у Г3 – $2,97 \pm 0,18$ балів. Значних відмінностей не було виявлено також і на клінічному рівні вираженості даної ознаки. Рівень збереженості спроможності до абстрактного мислення було оцінено шляхом аналізу відповідей хворих на завдання із пошуком спільних та відмінних ознак предметів та явищ, тлумачення прислів'я тощо.

За субшкалою «Порушення спонтанності та плавності мови» найвищі показники були виявлені у хворих Г3, тут середній показник сягав $4,13 \pm 0,19$ балів, що статистично достовірно ($p = 0,001$) більше ніж аналогічний показник у Г1, де він був виявлений на рівні $3,29 \pm 0,14$ балів та Г2, де він був представлений на рівні $2,94 \pm 0,27$ балів. На клінічному рівні виявлені відмінності мали свої особливості, так для хворих Г3 були характерні порівняно більш значні труднощі у вербальній комунікації із оточуючими, що виражались у ламаності вимови, некоректності розставлення емоційних наголосів чи повній їх відсутності.

За показником «Стереотипність мислення» статистично значимих відмінностей між сформованими групами виявлено не було. Середній показник у Г1 за даною субшкалою склав $2,6 \pm 0,09$ балів, у Г2 – $2,75 \pm 0,25$ балів, а у Г3 – $3,03 \pm 0,15$ балів. Клінічне наповнення даної психопатологічної симптоматики даного спектру мали свої особливості серед груп дослідження. Для усіх сформованих груп були характерні явища регідності мислення, резонерство, хворі, відповідати на запитання, непомітно для самих себе переходили на інші теми, жодним чином не пов'язані із первинним питанням. Деякі хворі Г2 у своїх відповідях демонстрували явища мислення «через ступінь», що не було виявлено серед двох інших груп хворих.

Порівняння вираженості загальної психопатологічної симптоматики в Г1, Г2 та Г3 представлено у табл. 3.

Загальна психопатологічна симптоматика була широко представлена серед усього контингенту та мала свої відмінності залежно від групи дослідження. За субшкалою «Соматична заклопотаність» найвищі показники були виявлені у хворих Г1, тут середній показник сягав $4,31 \pm 0,09$ балів, що статистично достовірно ($p < 0,001$) більше ніж аналогічний показник у Г2, де він був виявлений на рівні $3,06 \pm 0,21$ балів та Г3, де він був представлений на рівні $2,94 \pm 0,14$ балів. На клінічному рівні виявлені відмінності мали свої особливості, так для хворих Г1 були більш характерні думки іпохондричного наповнення, що за рівнем своєї кристалізації сягали рівня надцінних, хворі цієї групи часто висловлювали скарги на свій стан здоров'я, були схильні пов'язувати їх із проявами «магічного мислення», майже не піддавались переконанню у безгрунтовності висловлюваних тверджень. Для хворих Г2 та Г3 були характерні відносно низькі показники соматичної заклопотаності, вони рідше ніж хворі Г1 демонстрували іпохондричний варіант сприйняття тілесних відчуттів та не намагались пояснити їх в рамках специфічної фабули висловлюваних переживань.

Аналогічна тенденція мала місце і за субшкалою «Тривога»: середній показник у Г1 склав $4,27 \pm 0,13$ балів, що статистично достовірно більше ніж у Г2 ($p = 0,02$), де він був виявлений на рівні $3,56 \pm 0,26$ балів та Г3 ($p < 0,001$), де даний показник був представлений найменше – $2,44 \pm 0,21$ балів. Встановлена різниця у кількісних показниках

психопатологічної симптоматики даного спектру клінічно була виражена у значній представленості анкіозних переживань у хворих Г1, трохи меншій вираженості даних проявів у хворих Г2 та їх практичній відсутності у хворих Г3. Так, хворі Г1 та Г2 частіше демонстрували тривожні прояви у формі надмірної фіксації на різних переживаннях, що мали виключно суб'єктивне значення та були тематично пов'язані із фобулою їх висловлювань. Хворі Г1 частіше демонстрували підвищення тривожного напруження, що було пов'язано із специфічними для представників цієї групи хворобливими переконаннями – ідеями самоприниження, впливу та іпохондричними ідеями різного рівня кристалізації. Психопатологічна симптоматика тривожного спектру у хворих Г2 була пов'язана із ідеями самоприниження, відношення, інсценування тощо, які також сягали різного рівня своєї вираженості. Для хворих Г3 був характерний низький рівень представленості тривожної симптоматики, що пояснюється специфічним для даної групи хворих притупленням емоційних реакцій та загальною аутизацією мислення, без бажання ділитися своїми переживаннями із лікарем.

Таблиця 3– Вираженість загальної психопатологічної симптоматики в Г1, Г2 та Г3 (за шкалою PANSS)

Ознаки		Г1 52 хворих	Г2 16 хворих	Г3 32 хворих	Г1		Г2 Г3
					Г2	Г3	
G1	Соматична заклопотаність	4,31±0,09	3,06±0,21	2,94±0,14	>0,001	>0,001	0,63
G2	Тривога	4,27±0,13	3,56±0,26	2,44±0,21	0,02	>0,001	0,001
G3	Почуття провини	4,87±0,14	2,56±0,2	2,56±0,17	>0,001	>0,001	0,99
G4	Напруга	2,92±0,17	2,38±0,3	2,75±0,17	0,12	0,47	0,29
G5	Манерність та позування	2,27±0,08	2,94±0,36	2,59±0,18	0,07	0,11	0,4
G6	Депресія	4,71±0,18	3,0±0,33	3,72±0,23	>0,001	>0,001	0,07
G7	Моторна загальмованість	2,8±0,17	2,88±0,36	2,66±0,21	0,85	0,59	0,6
G8	Порушення контакту	2,2±0,14	2,81±0,28	2,56±0,2	0,05	0,14	0,47
G9	Незвичне наповнення думок	2,69±0,18	3,31±0,3	2,47±0,16	0,08	0,41	0,02
G10	Дезорієнтація	2,08±0,09	2,94±0,25	2,44±0,16	0,001	0,04	0,1
G11	Порушення уваги	2,42±0,1	2,44±0,26	2,53±0,19	0,96	0,61	0,77
G12	Порушення критики	2,46±0,12	3,13±0,38	3,78±0,19	0,1	>0,001	0,12
G13	Розлади волі	3,44±0,14	3,31±0,31	4,13±0,24	0,71	0,02	0,04
G14	Агресивність	2,37±0,12	2,75±0,36	3,41±0,15	0,31	>0,001	0,09
G15	Завантаженість переживаннями	3,53±0,19	3,44±0,32	3,31±0,18	0,8	0,4	0,73
G16	Активна соціальна алієнація	3,97±0,23	3,56±0,42	4,69±0,25	0,3	0,04	0,008

*Примітка: сірим кольором виділено статистично достовірні ($p < 0,05$) розбіжності.

За субшкалою «Почуття провини» найвищі показники були виявлені у хворих Г1, тут середній показник сягав 4,87±0,14 балів, що статистично достовірно ($p < 0,001$) більше аніж аналогічний показник у Г2, де він був виявлений на рівні 2,56±0,2 балів та Г3, де він був представлений на рівні 2,56±0,17 балів. На клінічному рівні виявлені відмінності мали свої особливості, так для хворих Г1 були більш характерні переконання у власній провині, нав'язливі висловлювання докорів на власну адресу з приводу подій, що дійсно мали місце в житті хворих або тих подій, що об'єктивно не могли бути пов'язані із ними.

За показником «Напруга» статистично значимих відмінностей між сформованими групами виявлено не було. Середній показник у Г1 за даною субшкалою склав 2,92±0,17 балів, у Г2 – 2,38±0,3 балів, а у Г3 – 2,75±0,17 балів. Також не було виявлено суттєвих клінічних відмінностей між групами дослідження у якісній вираженості психопатологічної симптоматики даного спектру: для хворих усіх груп були нетипові відчуття внутрішньої напруги з проявами поведінкової ажитації, підвищенням м'язового тону, анкіогенним тремором та іншими психовегетативними проявами.

За показником «Манерність та позування» також не було встановлено статистично значимих відмінностей між сформованими групами. Середній показник у Г1 за даною субшкалою склав 2,27±0,08 балів, у Г2 – 2,94±0,36 балів, а у Г3 – 2,59±0,18 балів. Загалом

психопатологічна симптоматика даного спектру мала низький рівень представленості серед усього контингенту дослідження, але її клінічне наповнення у лише у поодиноких випадках мало свої особливості у кожній із груп.

За субшкалою «Депресія» найвищий середній показник був у Г1, де він сягав $4,71 \pm 0,18$ балів, що статистично більше ($p < 0,001$) аніж у Г2, де він був виявлений на рівні $3,0 \pm 0,33$ балів, та Г3, де вираженість депресивної симптоматики була виявлена на рівні $3,72 \pm 0,23$ балів. Для хворих Г1 було більше характерно почуття пригніченості, песимізму, зниження спроможності до концентрації уваги, загальна психомоторна загальмованість, деякі хворі повідомляли про наявність суїцидальних думок у анамнезі. Для хворих Г3 також були характерні різні прояви депресивного спектру, зокрема: психомоторне зниження, складнощі у концентрації уваги, низька соціальна активність тощо, проте вони, на відміну від аналогічних у Г1, були проявами афективного зниження, а не спотворення.

Вираженість психопатологічної симптоматики за субшкалою «Моторна загальмованість» суттєво не відрізнялась між групами дослідження та сягала $2,8 \pm 0,17$ балів у Г1, $2,88 \pm 0,36$ балів у Г2 та $2,66 \pm 0,21$ балів у Г3. Також не було виявлено суттєвих клінічних відмінностей між групами дослідження у якісній вираженості психопатологічної симптоматики даного спектру: хворі усіх груп демонстрували ознаки помірнього зниження моторної активності, у тому числі її мовно-комунікативної складової, послаблення загальної реактивності до зовнішніх подразників, що знаходило своє відображення у зниженні загального рівня соціальної взаємодії хворих.

За показником «Порушення контакту» також не було встановлено статистично значимих відмінностей між сформованими групами. Середній показник у Г1 за даною субшкалою склав $2,2 \pm 0,14$ балів, у Г2 – $2,81 \pm 0,28$ балів, а у Г3 – $2,56 \pm 0,2$ балів. Не зважаючи на подібність кількісних показників, клінічне наповнення даної субшкали мало свої особливості у кожній із груп. Так, хворі Г1 частіше демонстрували прояви пасивного негативізму, що був обумовлений байдужістю до оточуючих, у той час коли хворі Г2 та Г3 частіше виявляли ознаки активного негативізму: хворі Г2 були більш схильні до нестерплячості та саркастичного реагування, а хворі Г3 – до відкритих агресивних проявів поведінки з неприйняттям авторитетів, що значно ускладнювало процес взаємодії із лікарем.

Статистично значимі відмінності ($p = 0,02$) у вираженості показнику «Незвичне наповнення думок» між сформованими групами були виявлені лише між Г2, де даний показник був найбільший та сягав $3,31 \pm 0,3$ балів, та Г3, де даний показник був найнижчим та склав $2,47 \pm 0,16$ балів. Серед контингенту хворих Г1 даний показник мав середні значенні на рівні $2,69 \pm 0,18$ балів. Зазначений розподіл вираженості даної психопатологічної ознаки обумовлено тим, що саме хворі Г2 частіше за представників інших сформованих груп ділилися із лікарем своїми переживаннями, тому діагностувати наявність незвичайного наповнення думок було легше. Для хворих Г3 була характерна загальна бідність асоціативних процесів та небажання ділитися власними думками із оточуючими.

За субшкалою «Дезорієнтація» найнижчий середній показник був у Г1, де він сягав $2,08 \pm 0,09$ балів, що статистично менше ($p = 0,001$) аніж у Г2, де він був найвищим та склав $2,94 \pm 0,25$ балів, та Г3, де вираженість симптоматики даного спектру була виявлена на рівні $2,44 \pm 0,16$ балів. Саме хворі Г2 під час спілкування із лікарем частіше виявляли ознаки порушення орієнтування у власній особистості та актуальній ситуації, повідомляли про прояви дереалізації та деперсоналізації, що семіотично були схожі на прояви дисоціативного спектру, але за своєю глибиною значно їх перевищували досягали рівня схізису (з др.-грец. «розщеплення»). Деякі хворі Г1 виявляли ознаки депресивної деперсоналізації із неприємним почуттям відчуженості від своїх емоцій.

Для хворих усіх сформованих груп були характерні посередні показники за субшкалою «Порушення уваги»: середній показник за групою у Г1 склав $2,42 \pm 0,1$ балів, у Г2 – $2,44 \pm 0,26$ балів, у Г3 – $2,53 \pm 0,19$ балів. Також не було виявлено суттєвих клінічних відмінностей між групами дослідження у якісній вираженості психопатологічної симптоматики даного спектру: для хворих усіх сформованих груп був характерний посередній рівень зниження уваги, відволікання на зовнішні або внутрішні стимули або складнощів у перемиканні фокусу уваги на нові тригери.

За субшкалою «Порушення критики» найвищий середній показник був у Г3, де він сягав $3,78 \pm 0,19$ балів, що статистично більше ($p < 0,001$) аніж у Г1, де він був найнижчим та склав $2,46 \pm 0,12$ балів. Вираженість психопатологічної симптоматики даного спектру у Г2 була середньою між усіма сформованими групами та досягала $3,13 \pm 0,38$ балів. Клінічне наповнення психопатологічної симптоматики даного спектру мали свої особливості у кожній із груп. Хворі Г3 частіше за представників інших груп відмовлялись визнавати наявність у них психічних розладів, мали схильність до дисимуляції наявних проявів. Хворі Г2 частіше признавали наявність психічних розладів у минулому, не рідко пояснюючи їх в рамках специфічної фабули висловлюваних переживань (розцінювалися як наслідок чужого впливу, «порчі», «вроків» тощо). Хворі Г1 частіше демонстрували критику по відношенню до власного стану, але вона була не у повному обсязі: погоджувались із наявністю афективних порушень, виявляли повну відсутність критики до основного захворювання.

Вираженість психопатологічної симптоматики в рамках субшкали «Розлади волі» була найбільша у Г3 та сягала $4,13 \pm 0,24$ балів, що статистично достовірно ($p < 0,05$) більше аніж у Г1, де даний показник склав усього $3,44 \pm 0,14$ балів, та Г2, де дана ознака найнижча та в середньому була представлена на рівні $3,31 \pm 0,31$ балів. Виявлені статистичні відмінності знайшли своє відображення і у клінічному наповненні виявлених феноменів. Так, для хворих Г3 було більш характерні парабулічні прояви у формі амбітендентності, що сильно ускладнювало прийняття рішень, формувало додаткові труднощі у спілкуванні з хворими. Для хворих Г1 було більш характерно загальне зниження вольової активності із меншою мірою її спотворення.

За субшкалою «Агресивність» найвищий середній показник був у Г3, де він сягав $3,41 \pm 0,15$ балів, що статистично більше ($p < 0,001$) аніж у Г1, де він був виявлений на рівні $2,37 \pm 0,12$ балів. Вираженість психопатологічної симптоматики даного спектру у Г2 була середньою між усіма сформованими групами та досягала $2,75 \pm 0,36$ балів. Саме хворі Г3 мали більш виражені прояви атуїзації, що клінічно набували форми зажуриності у власні переживання, відстороненість від зовнішніх чинників та різні форми дезадаптивної поведінки на цьому фоні, що були описані вище.

Вираженість психопатологічної симптоматики за субшкалою «Завантаженість переживаннями» суттєво не відрізнялась між групами дослідження та сягала $3,53 \pm 0,19$ балів у Г1, $3,44 \pm 0,32$ балів у Г2 та $3,31 \pm 0,18$ балів у Г3. Клінічне наповнення психопатологічної симптоматики даного спектру майже не відрізнялось між сформованими групами.

Вираженість психопатологічної симптоматики, що була виявлене в рамках субшкали «Активна соціальна алієнація», у Г3 та сягала $4,69 \pm 0,25$ балів, що статистично достовірно ($p < 0,05$) більше аніж у Г1, де даний показник склав усього $3,97 \pm 0,23$ балів, та Г2, де дана ознака найнижча та в середньому була представлена на рівні $3,56 \pm 0,42$ балів. Виявлені статистичні відмінності знайшли своє відображення і у клінічному наповненні виявлених феноменів. Так, хворих Г3 було тяжко залучити до активної соціальної взаємодії, вони намагались уникнути спілкування навіть із близьким оточенням через почуття недовіри, що інколи сягало рівня ворожості – агресивна поведінка по відношенню до оточуючих була частою причиною госпіталізацій саме у хворих Г3.

Обговорення

Отримані результати відповідають даним, що були отримані вітчизняними та закордонними науковцями, зокрема щодосеміотичної поліморфності структури психопатологічних станів, що компільовані в рамках шизотипового розладу, а також щодо значного впливу супутньої психічної патології на перебіг захворювань шизофренічного спектру [5, 9]. Визначення вказаних структурно-динамічних особливостей психопатологічного наповнення шизотипового розладу покликано покращити якість діагностики цих станів, стати підґрунтям для нових більш ефективних методів терапії та реабілітації даної категорії хворих [3, 4].

Перспектива подальших досліджень полягає у використанні отриманих даних як підґрунтя для високоефективної системи психотерапевтичної корекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад, що буде сфокусовано на превенції виникнення загострень основного захворювання.

Висновки

1. За результатами проведеного дослідження були встановлені структурно-динамічні особливості шизотипового розладу у хворих із супутніми афективними порушеннями. Зокрема було визначено, що для усіх хворих, не залежно від спектру наявних афективних порушень, характерні бідність позитивної, широкий спектр негативної та загальної психопатологічної симптоматики.

2. Було визначено, що для хворих із переважанням уніполярної депресивної психопатологічної симптоматики більш характерне загальне зниження темпу мислення; пригнічені тривожно-іпохондричні переживання; зниження спроможності до концентрації уваги, загальна психомоторна загальмованість, суїцидальні тенденції в анамнезі; прояви депресивної деперсоналізації із відчуттям відчуження своїх почуттів; думки самоприниження, що за рівнем кристалізації сягають рівня надцінних та знаходять своє відображення у фабулі поодиноких елементарних розладів сприйняття; пасивний негативізм та недовіра до оточуючих, що ґрунтується на явищах «магічного мислення»; притуплення та дисоціації афективних реакцій; часткова критика до свого стану.

3. Для хворих із циклічною зміною депресивних та гіпоманіакальних фаз є типовими більш масштабні егоцентричні неекспансивні переживання, фабула яких може змінюватися в залежності від афективного фону; мислення «через ступінь»; імпульсивність, безплідна активізація, пришвидшення темпу мислення, його непослідовність, паралогічність із включеннями резонерства та зісковзування у моменти гіпоманіакальних фаз; порушення сприйняття у формі парейдолічних ілюзій або елементарних галюцинацій, тематика яких відповідає висловлюваним ідеям; недовіра до оточуючих, що ґрунтується на явищах «магічного мислення»; притуплення та дисоціації афективних реакцій; компенсація навичок соціальної комунікації за рахунок наявного гіпоманіакального афекту із явищами регресу синтонності; дереалізація та деперсоналізація, семіотично подібні до дисоціативної, але за глибиною сягаючі рівня схізісу; часткова критика до свого стану.

4. Для хворих із явищами афективного сплюснення більш характерне загальне зниження темпу мислення, переконання щодо небезпечності будь яких соціальних контактів та марності активної діяльності, що знаходить своє відображення у алієнтації та вираженій тенденції до активного негативізму із гетероагресивними проявами та асоціальною поведінкою; порушення сприйняття у формі парейдолічних ілюзій або елементарних галюцинацій, що за своєю наповненістю відповідали висловлюваним ідеям; брак соціальних навичок, труднощі у розпізнаванні емоцій оточуючих, неможливість коректного відображення власних емоційних реакцій; зниження загальної емоційності, бідність мімічних та пантомімічних реакцій; низька представленість тривожних проявів; відсутність критики до свого стану.

5. Якщо представити континуум вираженість психопатологічної симптоматики шизофренічного спектру, де на одному кінці якого буде знаходитися стан психічного благополуччя, а на іншому – «велика» шизофренія, то описаний варіант шизотипового розладу із циклічною зміною афективних фаз буде знаходитися ближче до умовної норми, варіант захворювання із афективним сплюсненням – ближче до шизофренії, а варіант із переважанням уніполярної депресивної симптоматики – поміж двома попередніми.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Джерело фінансування: власні кошти.

Література:

1. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади : методичні рекомендації / Гриневич Є.Г. та ін. К.: НМАПО імені П.Л. Шупіка, 2012. 38 с.

2. Блажевич Ю. А. Структура депресивных 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 патоперсонологічних 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. Cognitive and mood function in gin borderline and schizotypal personality disorders / Goldstein K. E. et al. *Psychology*. 2016. Vol. 7. № 3. P. 292-299.

7. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *SchizophrBull.* 1987. № 13 (2). P. 261–276.

8. Schizotypal personality disorder: a current review / Rosell D. R. al. *Curr. Psychiatry Rep.* 2014. № 16 (7). P. 452.

9. Self-reported symptoms of schizotypal and borderline personality disorder in patients with mood disorders / Baryshnikov I. Et al. *Eur. Psychiatry*. 2016. № 33. P. 37–44.

10. Sher L. Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives / *Acta neuropsychiatrica*. 2021. Vol. 33. № 5. P. 280–282

11. Typology of schizotypy in non-clinical young adults: Psychopathological and personality disorder traits correlates / Raynal P. et al. *PsychiatryRes.* 2016. № 30 (246). P. 182–187.

12. What are depressive symptoms in acutely ill patients with schizophrenia spectrum disorder? / Schennach R. Et al. *Eur. Psychiatry*. 2015. № 30 (1). P. 43–50.

References:

1. Mishyiev, V. D., Hrynevych, Ye. H., Kushnir A. M. (2012). Alhorytmv stanovlennia funktsionalnogo diahnozu khvorym na shyzofreniiu, shyzotypovi ta maiachni rozlady [Algorithm for establishing a functional diagnosis for patients with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders]. Kyiv: Shupyk National Healthcare University of Ukraine.

2. Blazhevich Yu. A. (2016). Struktura depressyvnikh rasstroistv y ykh dynamyka u patsyentov s pervym psykhotycheskym epyzodom [The structure of depressive disorders and their dynamics in patients with a first psychotic episode]. *Arkhive psykhiiatrii*, 22 (1), 87-90. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_20

3. Chuhunov, V. V., Kurylo, V. O., Pidlubnyi, V. L., Kanyhina, S. M. (2023). Model kompleksnoi reabyltatsyy bolnykh prostoi formoi shyzofrenyy [Model of complex rehabilitation for patients with a simple form of schizophrenia]. *Zaporozhye medical journal*, 23(1), 105-110. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.1.224910>

4. Khomitskyi M. Ye. (2020). Optymizatsiia psykhosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzoafektyvnyi rozlad, vrakhovuiuchy typolohii u patopersonolohichnykh transformatsii [Optimization of psycho-social rehabilitation of patients with schizo affective disorder according to typology of pathopersonological transformations]. *Zaporozhye medical journal*, 22(6), 833-839. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2020.6.218462>

5. Chuhunov, V. V. (2020). Psykhoterapevtycheskyi dyahnoz [Psychotherapeutic diagnosis](5th ed.). Lviv : Publisher T. V. Marchenko.

6. Goldstein, K. , Berlin, H. , Hamilton, H. , Mitsis, E. , McClure, M. , Savage, K. , Blair, N. , Feder, M. , Siever, L. , New, A. & Hazlett, E. (2016) Cognitive and Mood Functioning in Borderline and Schizotypal Personality Disorders. *Psychology*, 7, 292-299. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.73032>

7. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

8. Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current view. *Current psychiatry reports*, 16(7), 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>

9. Baryshnikov, I., Suvisaari, J., Aaltonen, K., Koivisto, M., Näätänen, P., Karpov, B., Melartin, T., Oksanen, J., Suominen, K., Heikkinen, M., Paunio, T., Joffe, G., & Isometsä, E. (2016). Self-reported symptoms of schizotypal and borderline personality disorder in patients with mood disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 33, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.12.006>

10. Sher L. (2021). Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives. *Acta neuropsychiatrica*, 33(5), 280–282. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.19>
11. Raynal, P., Goutaudier, N., Nidetch, V., Chabrol, H. (2016). Typology of schizotypy in non-clinical young adults: Psychopathological and personality disorder traits correlates. *Psychiatry research*, 246, 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.042>
12. Schennach, R., Riedel, M., Obermeier, M., Seemüller, F., Jäger, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L. G., Gaebel, W., Klosterkötter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M. R., Rüther, E., Klingberg, S., Gastpar, M., & Möller, H. J. (2015). What are depressive symptoms in acutely ill patients with schizophrenia spectrum disorder?. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.11.001>

Робота надійшла в редакцію 27.02.2023 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.62-002.2-039.35

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7796024>

О. Д. Нікітін, Г. Д. Резніков

РІДКІСНІ ФОРМИ ПОРУШЕНЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Author information.

Oleg D. Nikitin : 0000-0002-6563-7008^{A,F}

Hennadii D. Reznikov: 0000-0001-8603-985^{A,B,C,D,E,F}

Summary. Oleg D. Nikitin, Hennadii D. Reznikov. **RARE FORMS OF URINARY DISORDERS IN YOUNG MEN.** - *Bogomolets National Medical University, Kyiv*; e-mail: hennadii.reznikov@gmail.com. Dysfunctional urination is a disorder characterized by dyssynergy of the smooth muscle sphincter in the absence of obvious neurological pathology. It can be detected at any age in the presence of a large set of symptoms of accumulation and emptying. The purpose of the work: to analyze the features of diagnosis and treatment of non-neurogenic NSM and hypoASM in young men. Conclusions. Complex differential diagnosis of urination disorders in this group of patients allows prescribing adequate pathogenetic therapy. Treatment, which, if necessary, may include endosurgical and minimally invasive interventions, allows to achieve recovery or a significant improvement in the symptoms of the disease. A complex urodynamic study, or its elements, allows to fully monitor the results of treatment in this contingent of patients.

Key words: dysfunctional urination, smooth muscle, young man, minimally invasive intervention

Реферат. Нікітін О. Д., Резніков Г. Д. **РІДКІСНІ ФОРМИ ПОРУШЕНЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ.** Дисфункціональне сечовипускання є розладом, що характеризується диссинергією гладком'язового сфінктера за відсутності явної неврологічної патології. Воно може бути виявлене у будь-якому віці за наявності великого набору симптомів накопичення і спорожнення.