

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА (ПСЕВДО)ОБСЕСІЇ В ЕТІОПСИХОПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ КОНТЕКСТІ

Запорізький державний медичний університет

**Досліджено особливості obsесивних та компульсивних проявів, психічних сфер та якостей нервової системи у хворих на шизофренію та невротичні розлади із (псевдо)obsесивною симптоматикою у структурі захворювання. На підставі аналізу диференційно спроможних медико-психологічних та психофізіологічних особливостей пацієнтів розроблено шкалу діагностично-диференційного співвіднесення нав'язливих думок із шизофренією.**

*Ключові слова:* (псевдо)obsесії, нав'язливі думки, шизофренія, невротичні стани, психодіагностика, диференційна діагностика.

Диференційна діагностика нав'язливих станів у клініці психіатрії набуває все більшої актуальності у контексті почастішання згадок про наявність obsесивних феноменів ((псевдо)obsесій) у структурі клінічного континууму шизофренії. Не останню роль у порушенні класично прийнятого співвіднесення obsесивної симптоматики із невротичним реєстром відіграють як процеси патоморфозу психічних розладів, так і відсутність чіткого розуміння етіопсихопатогенезу нав'язливих станів, в тому числі у хворих на шизофренію — вірогідність додавання коморбідних станів та відсутність вичерпних диференційно-діагностичних критеріїв віднесення obsесивної симптоматики до певного нозологічного класу. Все це призводить до актуалізації практики встановлення «фасадних», казуїстичних діагнозів та невизначеності терапевтичної тактики [1–4].

Мета дослідження — встановлення медико-психологічних та психофізіологічних особливостей хворих на (псевдо)obsесії у етіопсихопатогенетичному та диференційно-діагностичному контексті.

На базі КЗ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради за умов усвідомленої інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, відповідно до поставлених завдань було обстежено 154 пацієнти.

Із них — 90 хворих на шизофренію (F20), 34 — на невротичні розлади із наявністю obsесивної симптоматики у структурі захворювання (F41–F45) та 30 умовно здорових осіб. Пацієнти залучалися до дослідження методом суцільної вибірки. У подальшому хворих на шизофренію було рандомізовано за критерієм наявності в них (псевдо)obsесивних проявів у структурі захворювання на основну і групи порівняння. Основну групу (ОГ) становили 38 (19 жінок і 19 чоловіків)

хворих на шизофренію із (псевдо)obsесивними проявами у структурі захворювання. Першу групу порівняння (ГП-1) було сформовано з 52 (30 жінок і 22 чоловіки) хворих на шизофренію без ознак (псевдо)obsесивних проявів. До другої групи порівняння (ГП-2) увійшли 34 (8 жінок і 16 чоловіків) хворі на невротичні розлади із obsесивною симптоматикою в структурі захворювання. Третю групу порівняння (ГП-3) становили 30 (15 жінок та 15 чоловіків) умовно здорових осіб.

У дослідженні було використано: анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи.

У рамках психодіагностичного дослідження застосовувалися: шкала Єля — Брауна для obsесивно-компульсивного розладу (Yele — Braun obsessive-compulsive scale — Y-BOCS) з метою дослідження (псевдо)obsесивної та компульсивної симптоматики; метод заучування 10 слів (А. Р. Лурія) для дослідження обсягу та особливостей коротко- та довготривалої пам'яті; методика «виключення предметів» (модифікована Н. Л. Белопольською) для встановлення особливостей мислення, здатності виділення істотних ознак предметів, рівня процесів узагальнення і виключення; тест «собака — кішка» (Т. Coulter, Н. J. Eysenck) для встановлення наявності особистісної ригідності у хворих та її вираженості; методика експрес-діагностики якості нервової системи за психомоторними показниками (темпінг-тест Е. П. Ільїна) з метою встановлення основних якостей нервової системи [5–7].

Обробка отриманих результатів проводилася за допомогою методів імовірнісної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників  $M(s)$ , стандартизованої помилки середнього  $M \pm m$ , для

оцінки достовірності отриманих результатів використовувалися непараметричні та параметричні критерії:  $\phi^*$  — критерій кутових перетворень Фішера,  $r_s$  — критерій рангової кореляції Спірмена,  $t$  — критерій Стьюдента,  $\chi^2$  — критерій Пірсона із універсальним значенням статистичної ймовірності  $p$ ) [8–10].

Результати дослідження, виконаного за допомогою Y-BOCS, продемонстрували наявність (псевдо)обсесивної симптоматики у майже половини (42,22%) всіх хворих на шизофренію. Це були обстежені з ОГ; загальна кількість балів у групі за тестом Y-BOCS становила  $15,24 \pm 1,27$ . Серед них у 6 (15,79%) пацієнтів загальна кількість балів дорівнювала  $34,00 \pm 0,86$  й відповідала обсесивно-компульсивному розладу, що надзвичайно сильно виражений. Цих пацієнтів було віднесено до підгрупи ОГ-1, у жодного з них не відзначалася об'єктивно підтверджена психотравмуюча подія в анамнезі, тож наявна у хворих обсесивна симптоматика розглядалася нами як (псевдо)обсесії. У решти 32 (84,21%) осіб загальна кількість балів становила  $12,19 \pm 0,40$ , що вказувало на слабо виражений обсесивно-компульсивний розлад. Фабула обсесивної симптоматики у 5 (13,16%) пацієнтів була пов'язана із об'єктивно підтвердженими психотравмуючими подіями в анамнезі, що дало змогу зробити висновок про невротичний генез обсесивних феноменів, які розглядалися як істинні обсесії. Такі хворі увійшли до підгрупи ОГ-2 із середньою кількістю балів за тестом Y-BOCS  $11,20 \pm 0,20$ . Зазначено, що у 27 (71,05%) хворих були відсутні психотравмуючі події в анамнезі як етіологічний чинник обсесій, отже, наявна у них симптоматика розцінювалася як (псевдо)обсесії. Ці хворі увійшли до підгрупи ОГ-3 із середньою кількістю балів за тестом Y-BOCS  $12,37 \pm 0,47$ , що відповідало слабо вираженому обсесивно-компульсивному розладу, не відрізнялося від такого показника ОГ-2 ( $t_{\text{емп}} = 1,1, p > 0,05$ ) і було достовірно менше за показники ОГ-1 ( $t_{\text{емп}} = 21,8, p < 0,01$ ).

У пацієнтів із невротичними розглядами, які становили ГП-2, середній рівень балів за тестом Y-BOCS був  $18,74 \pm 0,87$ , що відповідало обсесивно-компульсивному розладу середньої тяжкості, а за рівнем вираженості перевищувало показники ОГ у цілому ( $t_{\text{емп}} = 2,2, p < 0,05$ ), але було достовірно нижче за показники ОГ-1 ( $t_{\text{емп}} = 7,2, p < 0,01$ ) і вище за показники ОГ-2 та ОГ-3 ( $t_{\text{емп}} = 3,3$  та  $6,0$  відповідно,  $p < 0,01$ ). У всіх хворих ГП-2 вдалося встановити взаємозв'язки між фабулою обсесивних феноменів та психотравмуючими подіями в анамнезі, тож невротичний генез обсесій не підлягав сумніву.

Детальний аналіз за субшкалами мав такі результати.

Для ОГ загальна кількість балів за субшкалою обсесій становила  $12,68 \pm 0,56$ , що достовірно не відрізнялося від показників ГП-2 —  $12,09 \pm 0,30$  бала ( $t_{\text{емп}} = 0,9, p > 0,05$ ). Загальна кількість балів за субшкалою обсесій у хворих ОГ-1 досягла максимальних значень і становила  $19,50 \pm 0,22$  бала, що достовірно перевищувало показники ОГ-2 ( $11,20 \pm 0,20$  бала,  $t_{\text{емп}} = 27,1, p < 0,01$ ), ОГ-3 ( $11,44 \pm 0,38$  бала,  $t_{\text{емп}} = 9,7, p < 0,01$ ) та ГП-2 ( $12,09 \pm 0,30$  бала,  $t_{\text{емп}} = 10,1, p < 0,01$ ). Показники ОГ-2 та ОГ-3 не мали достовірних розбіжностей між собою та були достовірно нижчими за показники ОГ-1 та ГП-3. При цьому звертали на себе увагу вкрай низька здатність до контролю нав'язливих думок ( $3,97 \pm 0,03$  бала) та спонукань до опору їм ( $3,92 \pm 0,04$  бала) в усіх хворих ОГ, що достовірно відрізнялося від показників ГП-2 ( $2,29 \pm 0,16$  та  $2,50 \pm 0,14$  бала відповідно) ( $t_{\text{емп}} = 10,9$  та  $10,0$  відповідно,  $p < 0,01$ ), що, можливо, було обумовлено не лише особливостями (псевдо)обсесій, а й дефектом вольової сфери у хворих на шизофренію.

При аналізі показників тривалості (псевдо)обсесій протягом доби і їхнього впливу на психологічний дискомфорт установлено такі особливості за підгрупами. В ОГ-1 тривалість (псевдо)обсесій та їхній вплив на психологічний дискомфорт були максимальними і становили  $3,83 \pm 0,17$  та  $4,00 \pm 0,00$  бала відповідно, що було достовірно вище даних ОГ-2 ( $t_{\text{емп}} = 10,2$ ) та ОГ-3 ( $t_{\text{емп}} = 7,9$ ) і ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 5,2$ ) ( $p < 0,01$ ). Водночас тривалість і вплив (псевдо)обсесій на психологічний дискомфорт в ОГ-2 та ОГ-3 були мінімальними і становили  $1,20 \pm 0,20$  і  $1,00 \pm 0,00$  бала та  $1,48 \pm 0,13$  і  $1,11 \pm 0,13$  бала відповідно, достовірно не відрізнялись між собою і були нижчими за показники ОГ-1 та ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 3,5; 6,4$  та  $t_{\text{емп}} = 4,7; 8,8$  відповідно,  $p < 0,01$ ); тоді як у ГП-2 ці показники мали середній рівень ( $2,32 \pm 0,12$  та  $2,47 \pm 0,09$  бала).

Аналогічні результати було отримано за ступенем порушення повсякденного життя внаслідок (псевдо)обсесій. Цей показник в ОГ-1 становив  $3,83 \pm 0,17$  бала і достовірно перевищував дані ОГ-2 ( $1,00 \pm 0,10$  бала), ОГ-3 ( $1,00 \pm 0,13$  бала) та ГП-2 ( $2,50 \pm 0,10$  бала) ( $p < 0,01$ ); за ним ОГ-2 та ОГ-3 достовірно не відрізнялися між собою і були нижчими за показники ОГ-1 та ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 3,5; 6,4, p < 0,01$ ).

Компульсивна симптоматика у пацієнтів ОГ виявлялася в 17 (44,74%) випадках, загальна кількість балів за субшкалою компульсії становила  $6,59 \pm 1,50$  бала, що було достовірно менше за показники ГП-2, де вона спостерігалася у 26 (76,47%) осіб ( $\phi_{\text{емп}}^* = 2,813, p < 0,01$ ), її середній рівень за субшкалою компульсії становив  $8,69 \pm 0,55$  бала ( $t_{\text{емп}} = 1,5, p > 0,05$ ). При цьому

в ОГ відзначалися полярні показники компульсивної симптоматики залежно від підгрупи. Так, в ОГ-1 компульсивні феномени відзначено у всіх хворих, їхній середній рівень за субшкалою компульсії становив  $14,50 \pm 0,76$  бала, що достовірно переважало показники ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 4,8, p < 0,01$ ) та ОГ-2 і ОГ-3 ( $t_{\text{емп}} = 16,6, p < 0,01$ ). В ОГ-2 компульсивна симптоматика була відсутня, серед хворих ОГ-3 вона виявлялася в 11 (40,74%) осіб, загальна кількість балів за субшкалою компульсії становила  $2,27 \pm 0,36$ , що було достовірно менше за показники ОГ-1 та ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 7,2, p < 0,01$ ).

Обсяг короткотривалої пам'яті оцінювався за даними запам'ятовування, утримування та відтворення першої серії слів. Результати дослідження продемонстрували достовірне зниження середнього показника короткотривалої пам'яті в ОГ ( $5,79 \pm 0,18$  слова), ГП-1 ( $5,10 \pm 0,12$  слова) та ГП-2 ( $5,97 \pm 0,18$  слова) порівняно із ГП-3 ( $7,70 \pm 0,09$  слова) ( $t_{\text{емп}} = 8,9; 14,8$  та  $8,3$  відповідно,  $p < 0,01$ ); у пацієнтів ГП-1 порівняно із хворими ОГ ( $t_{\text{емп}} = 3,3, p < 0,01$ ) та ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 4,1, p < 0,01$ ); достовірна відмінність у середньому обсязі короткотривалої пам'яті між ОГ та ГП-2 була відсутня ( $t_{\text{емп}} = 0,7, p > 0,05$ ).

Зі зниженнями показниками обсягу короткотривалої пам'яті ( $> 7 \pm 2$ ) в ОГ були 4 чоловіки; у ГП-1 — 7 осіб (6 жінок, 1 чоловік); у ГП-2 — 3 чоловіки; у ГП-3 таких не визначено. При цьому рівень відтворення матеріалу при третьому повторенні для осіб ОГ становив  $7,61 \pm 0,19$  слова; у пацієнтів ГП-1 —  $6,94 \pm 0,21$  слова; у ГП-2 —  $8,26 \pm 0,17$  слова, у контролі ГП-3 —  $9,13 \pm 0,15$  слова, що не відрізнялося від нормативних значень. Утім, продемонстровано збереження тенденції до зниження обсягу пам'яті в осіб ОГ порівняно із хворими ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 2,5, p < 0,05$ ) та ГП-3 ( $t_{\text{емп}} = 6, p < 0,01$ ); у ГП-1 порівняно із ОГ ( $t_{\text{емп}} = 2,3, p < 0,05$ ), ГП-2 ( $t_{\text{емп}} = 4,6, p < 0,01$ ) та ГП-3 ( $t_{\text{емп}} = 7,4, p < 0,01$ ); у ГП-2 порівняно із ГП-3 ( $t_{\text{емп}} = 3,9, p < 0,01$ ).

Обсяг довготривалої пам'яті оцінювався за кількістю відтворених слів через годину після першого пред'явлення і становив у пацієнтів ОГ  $6,76 \pm 0,26$  слова, що було достовірно менше за показники ГП-3 ( $8,87 \pm 0,21$  слова,  $t_{\text{емп}} = 6,1, p < 0,01$ ) й достовірно не відрізнялося від показників ГП-1 —  $6,06 \pm 0,15$  слова та ГП-2 —  $7,06 \pm 0,19$  слова.

Патологічно знижені показники обсягу довготривалої пам'яті ( $> 7 \pm 2$ ) зафіксовано в ОГ у 2 (5,26%) осіб, в ГП-1 — в 1 (1,92%), у ГП-2 — в 1 (2,94%). У всіх обстежених ГП-3 ці показники не виходили за межі нормативних значень, що не мало достовірних відмінностей між групами ( $\chi^2 = 1,544, p > 0,05$ ).

При дослідженні пам'яті звертала на себе увагу достовірна відмінність між групами у частоті

«зайвих» слів під час відтворення, що демонструє присутність елементів парамнезії. Таких хворих в ОГ було 12 (6 жінок і 6 чоловіків) (31,58%), що не мало достовірних відмінностей із ГП-1 — 24 (13 жінок та 11 чоловіків) (46,15%) особи ( $\phi_{\text{емп}}^* = 1,41, p > 0,05$ ), але достовірно перевищувало показники ГП-2 (2 жінки, 1 чоловік) (8,82%) ( $\phi_{\text{емп}}^* = 2,508, p < 0,01$ ) та ГП-3 (2 жінки та 1 чоловік) (10,00%) ( $\phi_{\text{емп}}^* = 2,252, p < 0,05$ ).

Таким чином, наявність «зайвих» слів (елементів парамнезій) під час відтворення може виступати як критерій диференційної діагностики віднесення хворих із (псевдо)обсесивною симптоматикою до певного нозологічного кластеру.

При дослідженні сфери мислення більшість хворих ОГ — 35 (92,11%) осіб — демонстрували опір на несуттєві, другорядні ознаки при класифікації понять, що свідчило про їхню схильність до спирання на латентні ознаки, при уточнюючих, провокаційних завданнях домінували паралогічне та магічне мислення й інші характерні для шизофренічного процесу порушення асоціативного компонента. Лише у 3 (7,89%) хворих визначено достатній категоріальний та функціональний рівні узагальнення за провідною ознакою, що достовірно не відрізнялося від показників підгруп ОГ та ГП-1 — 50 (96,15%) осіб, ( $\phi_{\text{емп}}^* = 0,829, p > 0,05$ ) та мало достовірні відмінності від показників ГП-2 та ГП-3, де у більшості обстежених (33 (97,06%) та 30 (100,00%) осіб відповідно) відзначалося послідовне, логічне мислення без викривлення його операційного компонента ( $\phi_{\text{емп}}^* = 9,446, p < 0,01$ ).

Середній рівень особистісної ригідності в ОГ становив  $5,39 \pm 0,44$  бала, що достовірно не відрізнялося від показників ГП-1 ( $5,10 \pm 0,12$  бала) та перевищувало дані ГП-2 ( $3,59 \pm 0,51$  бала) і ГП-3 ( $3,23 \pm 0,16$  бала) ( $t_{\text{емп}} = 3,5; 4,2, p < 0,05$ ). У 18 осіб ОГ (47,37%) відзначався патологічно високий рівень особистісної ригідності, у 4 (10,53%) пацієнтів — виражений, у 16 (42,1%) — у межах норми. Більшість хворих ГП-1 (29 (55,77%) осіб) мали патологічно високий рівень особистісної ригідності, 2 (3,85%) — виражений, показники у 21 (40,38%) особи не перевищували нормативних значень. У ГП-2 та ГП-3 показники більшості обстежених (25 (73,53%) та 24 (80,00%) особи відповідно) перебували у межах норми, у 5 (14,71%) та 5 (16,67%) пацієнтів відповідно виявлявся виражений рівень особистісної ригідності, у 4 (11,76%) та 1 (3,33%) хворого — високий рівень. Таким чином, для хворих на шизофренію з ОГ та ГП-1 більш характерною була наявність особистісної ригідності, тоді як для обстежених із ГП-2 та ГП-3 — її відсутність ( $\chi^2 = 9,265, p < 0,01$ ).

Результати дослідження якостей нервової системи за психомоторними показниками продемонстрували в усіх обстежених переважання осіб зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження. Утім, в ОГ, окрім осіб зі слабкою нервовою системою (24 (63,16 %) пацієнти), виявлялися хворі із сильною нервовою системою (9≈(23,68 %) осіб) та із сильною нервовою системою зі зміщенням балансу в бік гальмування (5 (13,16 %) осіб). Таким чином, в ОГ пацієнти із сильною нервовою системою становили більше третини (14 (37,28 %) осіб) від загальної кількості хворих у групі. Ці показники достовірно відрізнялися від даних ГП ( $\chi^2 = 26,184, p < 0,01$ ). Так, серед хворих ГП-1, окрім 41 (78,85 %) особи зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження, було 7 (13,46 %) пацієнтів із сильною нервовою системою зі зміщенням балансу в бік

збудження, 2 (3,85 %) — із сильною нервовою системою та 2 (3,85 %) — зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік гальмування.

У ГП-2 слабка нервова система зі зміщенням балансу в бік збудження визначалася у 33 (97,06 %) осіб, слабка нервова система зі зміщенням балансу в бік гальмування — у 1 (2,94 %), хворі із сильною нервовою системою відсутні.

У ГП-3 контингент зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження становили 29 (96,67 %) осіб, сильну нервову систему зі зміщенням балансу в бік збудження виявлено в 1 (3,33 %) особи, обстежених із гальмівним типом нервової системи в ГП-3 не виявлено.

Відзначалися достовірні відмінності якостей нервової системи між підгрупами ОГ ( $\chi^2 = 13,252, p < 0,01$ ). Так, більшість хворих (5 (83,33 %) осіб) із ОГ-1 мала сильну нервову систему зі зміщен-

### Шкала діагностично-диференційного співвідношення нав'язливих думок із шизофренією (за медико-психологічними та психофізіологічними показниками)

Діагностично-диференційний критерій	Частота наявності		$p (\chi^2)$	ДК	МІ
	ГП-2, $n = 34$	ОГ, $n = 38$			
Спирання мислення на латентні ознаки	1	35	< 0,001	14,96	6,67
Магічне мислення	1	30	< 0,001	14,29	5,43
Низький ступінь порушення повсякденного життя внаслідок думок (< 2 балів)	1	29	< 0,001	14,14	5,19
Низька здатність до контролю нав'язливих думок (> 3 балів)	3	37	< 0,001	10,43	4,62
Низька наявність спонукань до опору нав'язливим думкам (> 3 балів)	3	35	< 0,001	10,19	4,24
Незначний вплив нав'язливих думок на психологічний дискомфорт (< 2 балів)	1*	24	< 0,001	13,32	4,01
Незначна тривалість нав'язливих думок протягом доби (< 2 балів)	4	21	< 0,001	6,72	1,46
Патологічно високий рівень особистісної ригідності (> 5 балів)	4	18	0,001	6,05	1,08
Вкрай слабка вираженість компульсій (< 5 балів)	1	8	0,020	8,55	0,77
Відсутність компульсій	7	21	0,002	4,29	0,74
Пригадування «зайвих» слів (парамнезії)	3	12	0,018	5,54	0,63
Значний вплив нав'язливих думок на психологічний дискомфорт (> 3 балів)	1*	6	0,066	7,30	0,47
Сильна нервова система	1*	6	0,066	7,30	0,47
Значна тривалість нав'язливих думок протягом доби (> 3 балів)	1*	5	0,117	6,51	0,33
Високий ступінь порушення повсякденного життя внаслідок думок (> 3 балів)	1*	5	0,117	6,51	0,33
Вкрай висока вираженість компульсій (> 13 балів)	1*	4	0,206	5,54	0,21

Референтні значення:  $\Sigma_{ДК} \geq 13$  — діагноз шизофренії можливий, його вірогідність становить 95 %,  $p < 0,05$ ;  $\Sigma_{ДК} = \geq 20$  — діагноз шизофренії ймовірний, його вірогідність становить 99 %,  $p < 0,01$ ;  $\Sigma_{ДК} = \geq 30$  — діагноз шизофренії достовірний, його вірогідність становить 99,9 %,  $p < 0,001$ .\*\*

\* З метою уникнення нульових частот 0 заміщувався на 1 з альтернативної групи (за Е. В. Гублером, 1978).

\*\* Згідно з пороговими сумами діагностичних коефіцієнтів за таблицями Е. В. Дублера.

ням балансу в бік збудження, 1 (16,77%) — слабку нервову систему зі зміщенням балансу в бік збудження, тоді як в ОГ-2 виявлено 4 (80,00%) хворих зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження і 1 (20,00%) — із сильною нервовою системою зі зміщенням балансу в бік гальмування. В ОГ-3 19 (70,37%) хворих були зі слабкою нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження, 4 (14,815%) — із сильною нервовою системою зі зміщенням балансу в бік збудження, 4 (14,815%) — із сильною нервовою системою зі зміщенням балансу в бік гальмування.

Критеріями включення медико-психологічних показників до критеріїв диференційної діагностики віднесення хворих із (псевдо)обсесивною симптоматикою до певного нозологічного кластеру (а саме шизофренії) визначено: для особливостей нав'язливого стану за тестом Y-BOCS — достовірність показників ОГ від ГП-2; для психофізіологічних особливостей — відсутність достовірної відмінності показників ОГ від ГП-1 на рівні  $p < 0,01$ , але водночас наявність достовірної відмінності від ГП-2 та ГП-3. Виділені критерії було ранжовано за зменшенням міри інформативності (МІ) у вигляді шкали (таблиця).

Для використання шкали як диференційно-діагностичного інструменту віднесення хворих із (псевдо)обсесивною симптоматикою до нозології «шизофренія» треба провести послідовне складання діагностичних критеріїв (ДК), які відповідають наявним у хворого критеріям, до досягнення референтних значень. У такому разі за результатами виключно психодіагностичного дослідження у хворого може бути діагностовано шизофренічний реєстр-синдром.

Отже, аналіз результатів дослідження дав змогу зробити такі висновки.

1. Установлено медико-психологічні та психофізіологічні особливості хворих на (псевдо)обсесії у контексті етіопсихопатогенезу та диференційної діагностики.

2. У хворих на шизофренію (псевдо)обсесії ендogenous генезу мали полярні показники за вираженістю (псевдо)обсесивних феноменів залежно від їх етіопсихопатогенетичної структури та психофізіологічних особливостей хворих. Так, у 15,79% осіб (псевдо)обсесійні прояви мали максимальну — надзвичайно сильну вираженість, а решта (84,21%) — мінімальну, слабку, що достовірно відрізнялося від хворих на невротичні розлади, у яких обсесивні прояви були середньої вираженості.

3. Етіологічною основою (псевдо)обсесивних феноменів у хворих на шизофренію у 86,84% випадків був ендogenous компонент і лише

в 13,16% — виявлялися істинні обсесії невротичного генезу як коморбідний стан.

4. У патогенезі ендogenous (псевдо)обсесії ключову роль відіграє сила нервової системи. Чим сильніша нервова система хворих на шизофренію, тим більшою є вірогідність того, що продуктивна — по суті психотична — симптоматика, у тому числі в дебюті захворювання, недорозвинеться до повноцінного параноїдного синдрому, а матиме редуковане вираження у вигляді (псевдо)обсесії. Для хворих із істинними обсесіями характерна слабка нервова система зі зміщенням балансу в бік збудження.

5. Достовірно більшу частоту наявності осіб зі зміщенням рухливості нервових процесів у бік гальмування зафіксовано у хворих на шизофренію порівняно зі здоровими особами та особами із невротичними розладами (серед яких такий тип нервової системи відсутній). Це може бути як етіопатогенетичною особливістю хворих на шизофренію, так і привнесеним медикаментозної терапії.

6. У хворих на шизофренію із коморбідними істинними обсесіями невротичного генезу вираженість обсесивних феноменів була достовірно слабшою, ніж в осіб із обсесивною симптоматикою без шизофренії, що обумовлено наявністю специфічної для шизофренії дефіцитарності.

На підставі аналізу диференційно-спроможних медико-психологічних та психофізіологічних особливостей хворих виділено критерії співвіднесення нав'язливих думок із шизофренією та розроблено на їх підставі «Шкалу діагностично-диференційного співвіднесення нав'язливих думок із шизофренією».

#### Список літератури

1. *Алексеева А. Г.* Онейродно-кататонические приступы при шизофрении / А. Г. Алексеева, А. С. Тиганов // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2014.— № 114 (12).— С. 36–41.
2. *Fountoulakis K. N.* Nonsensory hallucinations or obsessive symptoms: a diagnostic and therapeutic dilemma in a psychotic patient / K. N. Fountoulakis, L. E. Andreoulakis, A. Iacovides // J. Nerv. Ment. Dis.— 2013.— № 201 (9).— P. 818–823.
3. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach / P. Oulis, G. Konstantakopoulos, L. Lykouras, P. G. Michalopoulou // World J. Psychiatry.— 2013.— № 3 (3).— P. 50–56.
4. Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder / A. Pinto, J. E. Steinglass, A. L. Greene [et al.] // Biol. Psychiatry.— 2014.— № 75 (8).— P. 653–659.

5. *Айзенк Х.* Психология политики / Х. Айзенк; пер. с англ. В. Егорова.— М.: Мысль, 2016.— 392 с.
6. *Белопольская Н. Л.* Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: рук. по использованию. 3-е изд., стереотип / Н. Л. Белопольская.— М.: Когито-центр, 2009.— 53 с.
7. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
8. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— М.: Медицина, 1978.— 294 с.
9. *Гублер Е. В.* Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е. В. Гублер, А.А. Генкин.— 3-е изд.— Л.: ВМА, 1973.— С. 134.
10. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Моріон, 2000.— 320 с.

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ (ПСЕВДО)ОБСЕССИЯМИ В ЭТИОПСИХОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Н. В. ДАНИЛЕВСКАЯ

**Исследованы особенности обсессивных и компульсивных явлений, психических сфер и качеств нервной системы у больных шизофренией и невротическими расстройствами с (псевдо)обсессивной симптоматикой в структуре заболевания. На основании анализа дифференциально состоятельных медико-психологических и психофизиологических особенностей пациентов разработана шкала диагностико-дифференциального соотношения навязчивых мыслей с шизофренией.**

*Ключевые слова:* (псевдо)обсессии, навязчивые мысли, шизофрения, невротические состояния, психодиагностика, дифференциальная диагностика.

## MEDICOPSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH (PSEUDO) OBSESSIONS IN ETHIOPSYCHOPATHOGENETIC AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CONTEXT

N. V. DANILEVSKA

**The paper examines the features of obsessing and compulsive phenomena, mental spheres and qualities of the nervous system of patients with schizophrenia and neurotic disorders with (pseudo)-obsessive symptoms in the structure of the disease. Based on the analysis of differentially capable medicopsychological and psychophysiological characteristics of patients, a scale for differential diagnosis correlation of obsessions and schizophrenia was worked out.**

*Key words:* (pseudo) obsessions, obsessive thoughts, schizophrenia, neurotic state, psychodiagnosis, differential diagnosis.

Надійшла 14.03.2016