

*В. А. Плехов*

## СИНДРОМОКІНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

*V. A. Pliekhov*

### SYNDROMOKINESIS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS OF SCHIZOTYPAL DISORDER

**Ключові слова:** психіатрія, психічні розлади, синдромокінез, шизофренія, шизотиповий розлад

**Key words:** psychiatry, mental disorders, syndromokinesis, schizophrenia, schizotypal disorder

З метою визначити закономірності синдромокінезу психопатологічної симптоматики у хворих на шизотиповий розлад за допомогою клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного методів обстежено 100 хворих, що перебували на амбулаторному етапі лікування. За результатами дослідження визначено, що найчастіше дебют шизотипового розладу відбувався з переважанням апато-абулічних, параноїдних, дисоціативних та психопатоподібних проявів; з плином часу перебіг захворювання відзначався переважанням тривожних, апато-абулічних та психопатоподібних проявів; параноїдна та дисоціативна симптоматика, що виявлялися на початку захворювання, замінювались згодом тривожними проявами, у структурі яких спостерігалися інкрустації паранояльних компонентів, «магічного мислення» та інших парапсихотичних елементів.

Перспективою подальших досліджень є визначення несприятливих векторів розвитку захворювання та розробка методів їх попередження.

In order to determine the patterns of syndromokinesis of psychopathological symptoms of schizotypal disorder, 100 patients, who were at the outpatient stage of treatment, were examined by using clinical-anamnestic and clinical-psychopathological methods. According to the results of the study, it was determined that most often the debut of schizotypal disorder occurred with a predominance of apathoabulic, paranoid, dissociative and psychopathic manifestations; over time, the course of the disease was marked by a predominance of anxious, apathoabulic and psychopathic-like manifestations; the paranoid and dissociative symptoms, that occurred during the onset of the disease, changed over time into anxious manifestations, in the structure of which there were inlays of paranoid components, «magical thinking» and other parapsychotic elements.

The prospect of further research is to identify unfavorable vectors for the development of the disease and develop prevention methods.

Психічні розлади — пластичні структури, що динамічно змінюються під впливом різних чинників: нозоспецифічний вектор розвитку симптоматики, фармакологічне лікування, соціальний вплив та індивідуальні психологічні особливості. Тому дослідження механізмів патогенезу психічних розладів залишається актуальним у сучасному психіатричному дискурсі [1; 2].

Вважається, що ретроспективний аналіз семіотичного наповнення психічної патології дає змогу визначити закономірності її розвитку, побудувати прогностичні моделі та сформулювати підґрунтя для заходів раннього попередження несприятливих форм розвитку. Надзвичайно складним є такий аналіз у хворих на ендогенно-процесуальні розлади, серед яких особливої уваги заслуговує шизотиповий розлад, або так звана «малопрогредієнтна шизофренія» — штучно гетерогенна нозологічна група розладів, що були об'єднані за критерієм подібності до «великої» шизофренії. Розглянутий розлад характеризується різноманітними симптомами шизофренічного спектра, що за критеріями динаміки, структури та інтенсивності прояву не досягають рівня шизофренії та істотно перевищують нозологічний ценз відповідного розладу особистості [3—5].

Особливий науковий інтерес становить аналіз синдромокінезу шизотипового розладу, зокрема порівнянням психопатологічного наповнення дебюту захворювання та персистуючої симптоматики, що стає причиною для його загострення.

Мета дослідження: визначити закономірності синдромокінезу психопатологічної симптоматики у хворих на шизотиповий розлад.

За умови надання інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики протягом 2019—2020 рр. обстежено 128 хворих на шизотиповий розлад, що перебували на амбулаторному етапі лікування, серед яких для подальшого дослідження відібрано 100 хворих. Під час виконання дослідження використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний методи. Статистична обробка отриманих даних здійснена за допомогою програмного забезпечення Excel (Microsoft, США) та Statistica 13.0. (Statsoft, США) з використанням параметричних і непараметричних методів.

Аналізом медичної документації сформованого контингенту хворих виявлено психопатологічне наповнення ініціальної симптоматики (так званого «дебюту», «первинного надлому»), яка стала причиною для первинного звернення хворих по психіатричну допомогу. Окремо визначено семіотичне наповнення епізодів загострення стану хворих, що ставали причиною для позапланових госпіталізацій до психіатричного стаціонару. Отримані дані щодо дебюту захворювання та його подальшого персистування порівнювали з метою визначення вектора синдромокінезу психопатологічної симптоматики у хворих на шизотиповий розлад.

З порівняння частоти представленості психопатологічної симптоматики різного спектра

у досліджуваних пацієнтів на момент дебюту та подальшого перебігу захворювання (таблиця) та за результатами проведеного аналізу встановлено, що ініціальна симптоматика захворювання переважно була наповнена апато-абулічними (20 хворих), параноїдними (18 хворих), дисоціативними (14 хворих) та психопатоподібними (13 хворих) проявами. Дещо меншу представленість мали депресивний (9 хворих), тривожний (7 хворих), псевдообсесивний (7 хворих), сенесто-іпохондричний (6 хворих), астеничний (5 хворих) та маніакальний (1 хворий) симптомокомплекси.

**Компаративний аналіз поширеності психопатологічної симптоматики шизотипового розладу серед пацієнтів на різних етапах захворювання**

Спектр психопатологічної симптоматики	Поширеність (n = 100)		p (χ²)
	дебют	персистування	
Параноїдний	18	2	< 0,001
Апато-абулічний	20	20	1,0
Сенесто-іпохондричний	6	3	0,31
Дисоціативний	14	0	< 0,001
Астеничний	5	8	0,39
Псевдообсесивний	7	7	1,0
Депресивний	9	6	0,42
Тривожний	7	35	< 0,001
Маніакальний	1	4	0,17
Психопатоподібний	13	15	0,68

У клінічному перебігу захворювання надалі переважали тривожні (35 хворих), апато-абулічні (20 хворих) та психопатоподібні прояви (15 хворих). Дещо меншу представленість мали астеничний (8 хворих), псевдообсесивний (7 хворих), депресивний (6 хворих), маніакальний (4 хворих), сенесто-іпохондричний (3 хворих) та параноїдний (2 хворих) симптомокомплекси. Дисоціативні прояви не ставали причиною повторних госпіталізацій хворих до профільних стаціонарів.

Розглядаючи динаміку представленості наведених вище психопатологічних проявів докладніше, слід зазначити, що параноїдні прояви, що були настільки широко представлені на початку захворювання, мали виражену ( $p < 0,001$ ) тенденцію до редукції протягом його перебігу. Клінічно цей спектр симптомів найчастіше був представлений вторинними маячними ідеями переслідування, впливу та ставлення.

Поширеність апато-абулічних проявів не відрізнялась на початку захворювання та протягом його перебігу та вона характеризувалась загальною сталістю інтенсивності емоційно-вольових порушень.

Сенесто-іпохондричні прояви суттєво не відрізнялись за поширеністю на різних етапах захворювання, хоча мали тенденцію до зменшення згодом. Клінічно вони були представлені у вигляді скарг соматоформного характеру, що підтримувались вторинними ідеями різного рівня кристалізації щодо наявності

різних соматичних/інфекційних/неврологічних захворювань.

Особливої уваги заслуговує динаміка психопатологічної симптоматики дисоціативного спектра, що була представлена деперсоналізаційно-дереалізаційними проявами, які за глибиною сягали рівня схізісу: широко представлена на початку захворювання, мала виражену ( $p < 0,001$ ) тенденцію до редукції протягом його перебігу та не ставала причиною для позапланових госпіталізацій до профільного стаціонару.

Астеничний симптомокомплекс суттєво не відрізнявся за своєю поширеністю на різних етапах захворювання, хоча мав тенденцію до зниження протягом часу. Клінічно був представлений типовими циклічними змінами гіпостенічної та гіперстенічної фаз, які патопластично змінені під дією основного захворювання.

Симптоматика псевдообсесивного спектра за поширеністю не відрізнялась на початку захворювання та протягом його перебігу та характеризувалась наявністю обсесій, ідеаторних автоматизмів та стереотипій, що жодним чином не були пов'язані із можливими психотравматичними чинниками або не відображали їх контекст.

Превалювання депресивного афекту у клінічній картині захворювання мало стали динаміку протягом його перебігу. Семіотичне наповнення цього варіанту розладів було виконано широким спектром проявів: загальною психомоторною загальмованістю, суїцидальними тенденціями, думками самоприниження різного рівня кристалізації, що були відображені у фабулі поодиноких елементарних розладів сприйняття тощо.

Статистично значущі розбіжності ( $p < 0,001$ ) також виявлені за показником поширеності симптоматики тривожного спектра на різних етапах захворювання: незначна представленість в рамках ініціальних проявів змінилась значною поширеністю протягом подальшого перебігу захворювання. Клінічно вона була представлена у формі типових тривожно-іпохондричних та тривожно-депресивних переживань, що були інкрустовані параноїдними компонентами, «магічним мисленням» та іншими парапсихотичними проявами.

Маніоформна симптоматика суттєво не відрізнялась за поширеністю на різних етапах захворювання та мала незначну тенденцію до збільшення протягом часу. Клінічно була представлена типовими для гіпоманії проявами.

Психопатоподібна симптоматика, що була представлена асоціальними тенденціями, гетероагресивними проявами, активним та пасивним негативізмом, також характеризувалась сталістю поширеності на різних етапах захворювання.

Порівняння семіотичного наповнення клінічної картини на ініціальному етапі та у віддаленому періоді захворювання дає змогу визначити закономірності синдромокінезу наявної психопатологічної симптоматики.

Отримані результати щодо значного поліморфізму клінічної картини шизотипового розладу відповідає даним актуальної літератури. Ряд дослідників погоджуються на думці, що психопатологічна симптоматика у структурі шизотипового розладу може включати різні комбінації обсесивних, фобічних, астеничних, іпохондричних, конверсійних та афективних розладів [2; 6; 7]. Інші дослідники зауважують, що переважання патоафективного та тривожного компонента в хворих на шизотиповий розлад несприятливо відзначається на їх соціальному функціонуванні, знижуючи якість життя, в деяких випадках — стаючи чинником численних госпіталізацій у психіатричний стаціонар [8; 9].

Встановлено закономірності синдромокінезу психопатологічної симптоматики у хворих на шизотиповий розлад. Зокрема, визначено, що найчастіше дебют захворювання відбувається з переважанням апато-абулічних, параноїдних, дисоціативних та психопатоподібних проявів. З плином часу перебіг захворювання відзначається переважанням тривожних, апато-абулічних та психопатоподібних проявів. Параноїдна та дисоціативна симптоматика, що виявлялася на початку захворювання, замінюються згодом тривожними проявами, у структурі яких спостерігаються інкрустації параноїдальних компонентів, «магічного мислення» та інших парапсихотичних елементів.

#### Список літератури

1. Марута Н. А., Малиута Л. В. Клініко-психопатологічні особливості депресивних порушень у хворих на шизофренію // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 4 (93). С. 5—10. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/6ca/6ca1daba7ff5948a0334129333727e18.pdf>.
2. Rosell D. R., Futterman S. E., McMaster A., Siever L. J. Schizotypal personality disorder: a current review // *Curr. Psychiatry Rep.* 2014. № 16 (7). P. 452. DOI: 10.1007/s11920-014-0452-1.
3. Мосейко А. В. Клинико-психопатологические характеристики инициальной симптоматики в структуре простой формы шизофрении // *Медицина психология.* 2017. № 1. С. 72—75.
4. Пилягина Г., Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру // *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2020. Т. 5, No. 3. e0503263-e0503263. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263>.
5. Mason O. J. The assessment of schizotypy and its clinical relevance. *Schizophr. Bull.* 2015. № 41. P. 374—411. DOI: 10.1093/schbul/sbu194.
6. Челядин Ю., Дзеружинська Н. Клініко-терапевтичні особливості пацієнтів із шизотиповим розладом з обсесивно-компульсивною симптоматикою // *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2022. Т. 7, No. 1. e0701360. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/360>.
7. Attademo L., Bernardini F. Schizotypal personality disorder in clinical obsessive-compulsive disorder samples: a brief overview // *CNS spectrums.* 2020. P. 1—13. DOI: 10.1017/S1092852920001716.
8. A comparison of depressive symptom profiles between current major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorder / Lange S. M. M., Schirmbeck F., Stek M. L. [et al.] // *J Psychiatr Res.* 2021. No. 135. P. 143—151. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.009.

9. Comorbid Moderate-Severe Depressive Symptoms and their Association with Quality of Life in Chinese Patients with Schizophrenia Treated in Primary Care / Hou C. L., Ma X. R., Cai M. Y. [et al.] // *Community Ment Health J.* 2016. No. 52 (8). P. 921—926. DOI: 10.1007/s10597-016-0023-5.

#### References

1. Maruta N. A., Maliuta L. V. Kliniko-psyhopatolohichni osoblyvosti depresyvykh porushen u khvorykh na shyzofreniiu. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2017. T. 25, vyp. 4 (93). S. 5—10. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/6ca/6ca1daba7ff5948a0334129333727e18.pdf>. [In Ukrainian].
2. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Jul;16(7):452. doi: 10.1007/s11920-014-0452-1. PMID: 24828284; PMCID: PMC4182925.
3. Moseyko A. V. Kliniko-psyhopatologicheskiye kharakteristiki initsialnoy simptomatiki v strukture prostoy formy shyzofrenii. *Medychna psykhologhiia.* 2017. No. 1. S. 72—75. [In Russian].
4. Pyliahyna H., Bashynskiy O. Motyvatsiia samoruinivnoi povedinky u patsiientiv z psykhotychnymy rozladamy shyzofrenichnoho spektru. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2020. T. 5, No. 3. e0503263-e0503263. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263>. [In Ukrainian].
5. Mason OJ. The assessment of schizotypy and its clinical relevance. *Schizophr Bull.* 2015 Mar;41 Suppl 2(Suppl 2):S374-85. doi: 10.1093/schbul/sbu194. PMID: 25810054; PMCID: PMC4373636.
6. Cheliadyn Yu., Dzeruzhynska N. Kliniko-terapevtychni osoblyvosti patsiientiv iz shyzotypovym rozladom z obsesyvno-kompulsyvnoiu symptomatykoiu. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2022. T. 7, No. 1. e0701360. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/360>. [In Ukrainian].
7. Attademo L, Bernardini F. Schizotypal personality disorder in clinical obsessive-compulsive disorder samples: a brief overview. *CNS Spectr.* 2021 Oct;26(5):468-480. doi: 10.1017/S1092852920001716. Epub 2020 Jul 27. PMID: 32713392.
8. Lange SMM, Schirmbeck F, Stek ML, Murk Jansen YR, van Rooijen G, de Haan L, Penninx BWJH, Rhebergen D; GROUP investigators. A comparison of depressive symptom profiles between current major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorder. *J Psychiatr Res.* 2021 Mar;135:143-151. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.009. Epub 2021 Jan 16. PMID: 33486162.
9. Hou CL, Ma XR, Cai MY, Li Y, Zang Y, Jia FJ, Lin YQ, Chiu HF, Ungvari GS, Hall BJ, Zhong BL, Cao XL, Xiang YT. Comorbid Moderate-Severe Depressive Symptoms and their Association with Quality of Life in Chinese Patients with Schizophrenia Treated in Primary Care. *Community Ment Health J.* 2016 Nov;52(8):921-926. doi: 10.1007/s10597-016-0023-5. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27306990.

Надійшла до редакції 18.02.2024

**ПЛЕХОВ Владислав Андрійович**, асистент кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: [va.pliekhov@knmu.edu.ua](mailto:va.pliekhov@knmu.edu.ua)

**PLIEKHOV Vladyslav**, Assistant of the Department of sexology, psychotherapy and medical psychology of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6884-0151>; e-mail: [va.pliekhov@knmu.edu.ua](mailto:va.pliekhov@knmu.edu.ua)