

УДК 616.895.87

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

А.С. Ким, С.О. Федяй

Рассматриваются преобладающие клинические синдромы параноидной шизофрении как маски психотической тревоги. Отмечен их адаптационный характер, обуславливающий динамику клинической картины.

*Ключевые слова:* параноидная шизофрения; интрапсихический конфликт; психотическая тревога.

---

## PECULIARITIES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF CLINICAL SYNDROMES IN CASE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

A.S. Kim, S.O. Fedyaу

Dominant clinical syndromes in case of paranoid schizophrenia are considered as the masks of psychotic anxiety. Their adaptive character determining the dynamics of clinical presentation was specified.

*Key words:* paranoid schizophrenia; intrapersonal conflict; psychotic anxiety.

**Актуальность** исследований, направленных на оптимизацию диагностики и лечения шизофрении, обусловлена широкой распространенностью, частотой госпитализаций, высокой степенью инвалидизации такой категории лиц и, как следствие, большими экономическими затратами государства [1]. Стигматизация и самостигматизация, повышенный суицидальный риск прямо свидетельствуют о недостатках диагностических, лечебных и реабилитационных программ.

Значимость психотической тревоги в структуре психоза отмечалась такими учеными, как A.L. Klaus Conrad и M. Klein. С точки зрения психодинамического подхода, основной угрозой, исходящей от психотических состояний, является “расслоение” и дезинтеграция личности. Такая угроза, связанная с утратой чувства идентичности с собой, приводит к возникновению диффузной, пронизывающей все естество, неспецифической тревоги. Для пациента, страдающего психотическими расстройствами, опасность остаться и существовать в недифференцированном состоянии либо подвергнуться личностной дезинтеграции становится реальной. Пытаясь преодолеть тревогу, “Я” может привлекать различные регрессивные способы самозащиты, включая интроективно-проективные реакции, проективную идентификацию, фрагментацию, расщепление и отрицание.

Психическая и материальная реальность отрицается, претерпевая затем аллопластическую трансформацию и заменяясь “новой” реальностью, построенной на основе аутистической активности больного. Исходом рассмотренных процессов является Я-синтонная адаптация, которая, однако, не позволяет целесообразно действовать в окружающем мире, поскольку основывается на таких расстройствах восприятия, как галлюцинации и бред [2].

Изучение психотической тревоги в структуре динамики клинической картины параноидной шизофрении позволит оптимизировать процессы дифференцированных подходов к терапии и диагностики.

Цель – изучить клиничко-психологическую структуру доминирующих клинических синдромов при параноидной шизофрении.

Задачи:

1. Идентифицировать клиничко-психологические механизмы, обуславливающие специфичность клинических синдромов при параноидной шизофрении.
2. Изучить структуру клинических синдромов, влияющих на процесс формирования тревожно-депрессивных нарушений.
3. Выделить специфичность тревожно-депрессивных сдвигов, способствующих идентификации

Таблица 1 – Сравнительные результаты

Показатели	Тревожно-депрессивный синдром	Галлюцинаторно-бредовый синдром	Апатоабулический синдром
Уровень депрессии по шкале Цунга, М±m	60,1±0,7	34,5±1,1	30,9±0,3
Уровень одиночества по шкале UCLA, М±m	63,2±0,5	38,4±0,7	30,1±0,9
Уровень ЛТ по шкале Спилбергера – Ханина, М±m	49,5±0,2	50,1±1,2	46,3±1,3
ОНЗ по шкале Плутчика – Келлермана – Конте, М±m	50,5±5,5	75±3,9	43,7±3,6

Примечание. Коэффициент достоверности во всех случаях соответствует значениям:  $p < 0,001$ .

адаптационных клинико-психологических механизмов при параноидной шизофрении.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных задач было исследовано 75 пациентов с диагнозом “параноидная шизофрения” на базе отделений РЦПЗ г. Бишкек.

**Методы исследования:** стандартизированные шкалы по оценке тревоги Спилбергера – Ханина, депрессии Цунга, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, модифицированная шкала измерения одиночества UCLA, краткая психиатрическая шкала BPRS, полужформализованное интервью, корреляционный анализ

**Результаты и обсуждение.** Все выделенные группы были репрезентативны по полу, возрасту и уровню образования.

Лиц, страдающих параноидной шизофренией свыше 5 лет, было больше половины числа всех исследуемых (68 %). Категории до трех лет и до пяти лет составили 20 и 12 % опрошенных соответственно.

На основе краткой психиатрической шкалы BPRS было выделено три группы пациентов:

1-я – с преимущественно выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой (45,3 %).

2-я – с преобладанием галлюцинаторно-бредовой картины расстройства (30,7 %).

3-я – пациенты с выраженностью негативных признаков (24 %).

По степени напряженности механизма психологической защиты (МПЗ) по опроснику жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте исследуемые распределились следующим образом: при тревожно-депрессивном синдроме достоверно ( $p < 0,001$ ) преобладает механизм психологической защиты “отрицание”, при галлюцинаторно-бредовом – “проекция” ( $p < 0,001$ ), при апатоабулическом синдроме достоверного преобладание какого-либо одного механизма защиты не выявлено

При преобладании в клинической картине тревожно-депрессивного синдрома был зарегистрирован выраженный феномен одиночества  $63,2 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ) и депрессивный аффект  $60,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ). Связь прямая, сильная  $r = 0,971$  ( $p < 0,001$ ). Уровень тревоги в этой группе превышал умеренные значения  $49,5 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ) и был зарегистрирован у всех опрошенных (таблица 1). Наличие феномена одиночества, преобладающего МПЗ “отрицание” при длительности расстройства более 5 лет позволяет предположить существование интрапсихического конфликта у такой категории лиц, где происходит адаптация на личностном уровне, а на социальном – признание у себя психического расстройства, позволяющее снизить тягостные переживания при повторных госпитализациях. Тем не менее, феномен одиночества по-прежнему выражен, что свидетельствует о существовании клинико-психологических механизмов, защищающих пациентов от более глубоких переживаний [3]. Личностная дезадаптация в виде тревожно-депрессивных нарушений психотического спектра говорит о том, что в бессознательном есть страх перед неизлечимостью психического расстройства и чувство вины в виде аутоагрессии с трансформацией в процесс аутостигматизации.

При преобладании галлюцинаторно-бредовой симптоматики не получено данных о наличии депрессии или феномена одиночества на фоне высоких цифр личностной тревоги  $50,1 \pm 1,2$  ( $p < 0,001$ ) (см. таблицу 1). Выраженная напряженность МПЗ “проекция” определяет клинико-психопатологическую картину расстройства в рамках синдрома Кандинского – Клерамбо – отчуждение или утрата принадлежности своему “я” собственных психических процессов (мыслительных, чувственных, двигательных), сочетающуюся с ощущением влияния посторонней силы; сопровождается бредом психического и физического воздействия и/или бредом

преследования [4]. Но все это осуществляется через “посредника” (антенны, микрочипы, микрофоны), являя собой механизм интроецированной проекции. Таким образом, через продуктивную симптоматику идет активное взаимодействие пациента с внешним миром, что объясняет низкий уровень одиночества в этой группе.

При апатобулическом синдроме показатели напряженности МПЗ, депрессии и феномена одиночества характеризовались низкой степенью выраженности  $43,7 \pm 3,6$ ;  $30,9 \pm 0,3$ ;  $30,1 \pm 0,9$  соответственно ( $p < 0,001$ ). При этом тревога была выражена умеренно  $39 \pm 4,2$  ( $p < 0,001$ ) (см. таблицу 1). Пассивное декларирование притяжения расстройства есть стремление сохранить личностную интеграцию в условиях выраженной психотической тревоги. Апатобулия для пациентов сравнима с экзистенциальным вакуумом [5], который является для них наиболее безопасным для функционирования в мире.

Из вышеизложенного следует, что при тревожно-депрессивном синдроме на сознательном уровне пациенты признают у себя наличие психического расстройства, а феномен отрицания защищает пациента от содержания бессознательного, характеризующегося депрессией, страхом перед психическим расстройством и его неизлечимостью, что позволяет провести аналогию с невротическим типом взаимодействия с болезнью, описанной В.В. Соложенкиным (1997) [6]. Таким образом, наличие ИПК позволяет адаптироваться на интрапсихическом уровне.

На уровне сознания при преобладании галлюцинаторно-бредовой симптоматики регистрируется синдром отрицания расстройства, на бессознательном – страх притяжения психического расстройства, обусловленный экзистенциальным страхом потери смысла жизни и страхом перед психической смертью. Выраженная напряженность ограниченного специфического репертуара МПЗ определяет клинко-психопатологическую картину расстройства и является фактором, сдерживающим развитие выраженного депрессивного аффекта и феномена одиночества.

Галлюцинаторно-бредовый и тревожно-депрессивный синдромы являются масками психотической тревоги и носят адаптационный характер.

При апатобулическом синдроме есть осознание психического расстройства в виде социально обусловленной самостигматизации [7]. Низкая напряженность ОНЗ  $43,7 \pm 3,6$  ( $p < 0,001$ ) и высокий уровень психотической тревоги  $46,3 \pm 1,3$  ( $p < 0,001$ ) обуславливают у такой категории лиц размытость дифференцированного ИПК. На клиническом уровне проявляется дезадаптация.

Апатобулический синдром является эквивалентом психотической тревоги, которая закономерно обуславливает формирование и развитие промежуточных клинических синдромов

В силу преобладающих клинко-психологических механизмов и наличия интрапсихического конфликта при доминирующих синдромах у лиц с параноидной шизофренией целесообразна возможность проведения аналогии с невротическими состояниями.

#### Литература

1. *Rossler W., Salize H.J., van Os J., Riecher-Rossler A.* Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза (расширенный реферат) // Психиатрия и фармакотерапия. 2006. Т. 11. № 2.
2. *Мур Э.Б.* Психоаналитические термины и понятия: словарь / Э.Б. Мур, Д. Бернгард; пер. с англ. А.М. Боковикова, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. 304 с.
3. *Фрейд А.* Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд; пер с англ. М.: Педагогика, 1993.
4. *Морозов Г.В.* Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г.В. Морозов, Н.Г. Шуйский. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. С. 169
5. *Франкл В.* Человек в поисках смысла / В. Франкл. М.: Прогресс, 1990. С. 308.
6. *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности: учебное пособие / В.В. Соложенкин. М.: Планета детей, 1997. С. 210.
7. *Ким А.С.* Феномен регоспитализаций как эквивалент процессов ауто стигматизации у пациентов с параноидной шизофренией / А.С. Ким, Е.С. Черракин // Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: материалы науч.-практ. конф. с международным участием. Санкт-Петербург / отв. ред. Н.Н. Петрова. СПб.: Элмор, 2013. 55 с.