

УДК 616.89: 159.923

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Проблема дезорганизации личности, как указывалось в ряде научных работ ранее [1-4], до настоящего момента остается достаточно новой и перспективной. Это связано не только со специфической необходимостью выделения данной категории на основании клинического опыта, естественного наблюдения и мониторинга, но и с возможными перспективами локально использовать имманентные личностно-ориентированных методы терапии для улучшения показателей качества жизни [5] и социального функционирования [6] пациентов. Традиционная психиатрическая практика без учета индивидуальных социальных и личностных особенностей больных делает невозможным оказание качественной психиатрической помощи и повышает риски рецидива психического расстройства [7].

Так как в последние десятилетия наблюдаются характерные изменения психопатологической симптоматики различной нозологии в сторону увеличения числа прогностически неблагоприятных мультиструктурных вариантов синдрома кинеза, психофармакологические способы лечения исчерпывают себя. Эти обстоятельства продиктовали необходимость глубокого поиска причинно-следственных связей и зависимостей между личностью и психическим расстройством, уточнения возможных нарушений, возникающих в результате взаимодействия названных категорий.

В соответствии с целью настоящей работы было проведено сравнительное клинико-психопатологическое исследование больных с различным уровнем дезорганизации личности, включавшее описание этих уровней и связанные с ними психические расстройства, а также оценку выраженности психопатологических симптомов в зависимости от структурных особенностей каждой дезорганизации личности.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка на период 2018 - 2020 гг. исследовались клинико-психопатологические характеристики 130 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения» (30 чел. – 23,0%), «острые транзиторные психотические расстройства» (35 чел. – 27,0%), «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (35 чел. – 27,0%), «генерализованное тревожное расстройство» (30 чел. – 23,0%). Среди всех обследуемых пациентов 60 чел. (46,0%) – мужчины, 70 чел. (54,0%) – женщины.

В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу:

- группа 1 – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 52 чел. (35,4 %);
- группа 2 – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 34 чел. (26,1 %);
- группа 3 – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 44 чел. (38,5 %).

Для диагностики выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала позитивных и негативных симптомов SCI-PANSS (Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale). Структурированное интервью PANSS проводилось после сбора анамнеза, клинической беседы и проведения трех фаз структурного интервью по О. Кернбергу. Методика SCI-PANSS включает в себя целевые блоки: позитивные (7 шкал), негативные (7 шкал), общие психопатологические симптомы (16 шкал). Каждая шкала оценивается от 1 до 7 баллов, где 1 – отсутствие симптома, 2 – минимальная степень,

3 – легкая, 4 – умеренная, 5 – выраженная, 6 – значительно выраженная, 7 – крайняя степень выраженности.

Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA. При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального закона распределения) либо непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса (в случае отличия распределения от нормального).

Результаты исследования и их обсуждение

В первую группу исследования (невротическая дезорганизация личности) вошли пациенты с верифицированными диагнозами: «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (28 чел.), «генерализованное тревожное расстройство» (24 чел.). Психическое состояние в 30% случаев от общего количества представителей группы характеризовалось невыраженными субдепрессивными нарушениями в сочетании с сомато-вегетативными и астеническими расстройствами. В 40% эпизодов психический дискомфорт проявлялся невротоподобной симптоматикой в виде астено-ипохондрических, дереализационно-деперсонализационных симптомах. В 10% случаев встречались выраженные эпизоды необъяснимой тревоги, беспокойства, присутствием чувства надвигающейся беды. Также у остальных 20% респондентов были выявлены симптомы в виде ограничения контактов с близкими, спонтанные неадекватные эмоциональные реакции.

Клинико-психологические особенности во второй группе (пограничной дезорганизации личности) отличались значительным полиморфизмом. У 15 пациентов (44%) были развернутые аффективный и галлюцинаторный синдромы, навязчивые состояния. Субдепрессивный аффект по структуре преимущественно состоял из преобладания: 1. тревоги; 2. ипохондрических идей; 3. астено-апатического компонента. Среди галлюцинаторных переживаний преобладали вербальные, а у 2 пациентов – зрительные галлюцинации. Также часто изменение психического состояния сопровождалось вегетативными нарушениями (53%), которые выражались в жалобах на головные боли, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную утомляемость. Отметим, что отчетливой бредовой фабулы и/или активного бредообразования в этой группе обнаружено не было.

В третьей группе исследования (психотическая дезорганизация личности) отмечалась клинико-психологическая гетерогенность, так как в эту группу были распределены пациенты с параноидной шизофренией (длительностью заболевания менее 5 лет, 24 чел.) и острыми транзиторными психотическими расстройствами (20 чел.). Основанием для объединения можно назвать присутствие в той или иной мере таких симптомов как: ослабление эмоциональных реакций, снижение интереса к окружающим, падение общей активности, сужение потребности в общении, погружение в мир собственных переживаний. У 20% пациентов от общего числа по группе в инициальном периоде психотического расстройства развивались дереализационно-деперсонализационные, сенесто-ипохондрические, обсессивно-компульсивные нарушения. У пациентов с параноидной шизофренией манифестная клиническая картина была представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей с различной фабулой: идей отношения (65%), реформаторства (10%), греховности (10%). У 10 пациентов были выявлены галлюцинаторно-параноидные нарушения с преобладанием вербальных галлюцинаций и несистематизированных бредовых идей персекуторного характера. У 5 пациентов встречались бредовые идеи воздействия, еще у 3 человек – экспансивный бред.

В классе пациентов с острыми транзиторными психотическими расстройствами отмечалась невыраженная дезорганизация процессов мышления, дефицит экспрессии эмоций, нарушения ролевого поведения с отсутствием чувства границ и дистанции, странности в поведении и облике, неопрятность, пренебрежение социальными нормами. У 12 пациентов выявлены рудиментарные позитивные психические расстройства (аффективные, диссоциативно-конверсионные, астенические, неоформленные бредовые идеи отношения, транзиторные нарушения восприятия). Еще у 5 пациентов встречался галлюцинаторно-параноидный синдром с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования, отношения.

Отдельное место в третьей группе исследования занимает синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо, который либо в полной (37,5%) или редуцированной (15%) форме выявлялся у всех пациентов.

Средняя оценка выраженности продуктивной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
P1 – бредовые идеи	1,10±0,01	1,00±0,30	5,10±0,28#,\$
P2 – дезорганизация мышления	1,40±0,90	2,60±1,20*	5,00±0,85#
P3 – галлюцинации	1,80±0,30	3,40±1,02*	5,20±0,90\$,#
P4 - возбуждение	1,70±0,19	2,40±0,91*	3,60±0,12#
P5 – идеи величия	1,20±0,05	2,80±0,18*,\$	4,00±0,13#
P6 - подозрительность	2,40±0,02	3,70±0,12*,\$	4,50±0,02
P7 - враждебность	2,70±0,40	3,90±0,20	3,00±0,32
Средняя оценка	1,76±0,27	2,82±0,56*,\$	4,30±0,37#

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;

\$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;

- достоверные различия между 1 и 3 группами.

Бредовые идеи отличались полиморфизмом, носили чувственный характер, сопровождались аффектом раздражения, страха, тревоги. Также был характерен бред психического и физического воздействия: пациенты были убеждены в своей способности совершать гипнотические действия на других людей, вкладывать мысли на расстоянии, «контактировать» с источником воздействия.

Анализ средних значений выраженности продуктивных симптомов у больных позволил установить зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.1).

Наиболее высокая средняя оценка выраженности продуктивных симптомов была у больных с психотической дезорганизацией личности (4,3±0,36 балла, $p \leq 0,05$). При этом более выраженными являлись бредовые идеи (5,1±0,28 балла, $p \leq 0,05$), галлюцинации (5,20±0,90 балла, $p \leq 0,05$), дезорганизация мышления (5,00±0,85 балла, $p \leq 0,05$), идеи величия (4,00±0,13 балла, $p \leq 0,05$), подозрительность (4,50±0,02 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка тяжести позитивных симптомов у пациентов в этой группе находилась в пункте «возбуждение» (3,60±0,12 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности средняя оценка выраженности продуктивных соответствовала умеренным проявлениям (2,82±0,56 балла, $p \leq 0,05$). Уровень выраженности ассоциативных нарушений (2,60±1,20 балла, $p \leq 0,05$), галлюци-

наций (3,40±1,02 балла, $p \leq 0,05$), возбуждение (2,40±0,91 балла, $p \leq 0,05$), идеи величия (2,80±0,18 балла, $p \leq 0,05$) достоверно был ниже, чем в третьей группе сравнения.

Низкие баллы выраженности продуктивной симптоматики отмечались у пациентов с невротической дезорганизацией личности (1,76±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее высокие результаты были зарегистрированы в клинических признаках «подозрительность» (2,40±0,02 балла, $p \leq 0,05$), «враждебность» (2,70±0,40 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка была обнаружена в пунктах «бредовые идеи» (1,10±0,01 балла, $p \leq 0,05$), «идеи величия» (1,20±0,05 балла, $p \leq 0,05$).

Анализ средних значений выраженности негативных симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить их зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.2).

Наиболее высокий показатель выраженности негативных симптомов был у больных с психотической дезорганизацией личности. Средняя оценка соответствовала умеренной степени тяжести (3,59±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у данных пациентов наиболее глубокими были: пассивно-апатическая социальная отстраненность (4,40±0,52 балла, $p \leq 0,05$), трудности в абстрактном мышлении (3,70±0,05 балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт (3,60±0,61 балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность (3,50±0,26 балла, $p \leq 0,05$). Самая низкая

Средняя оценка выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
N1- эмоциональное уплощение	1,30±0,02	2,20±0,25*,§	3,40±0,12#
N2 – эмоциональная отстраненность	1,80±0,42	2,30±0,36\$	3,50±0,26#
N3 – недостаточный раппорт	1,70±0,01	2,10±0,40*,§	3,60±0,61
N4 – пассивно-апатическая социальная отстраненность	1,20±0,10	2,50±0,12*,§	4,40±0,52#
N5 – трудности в абстрактном мышлении	1,20±0,11	1,80±0,14*,§	3,70±0,05#
N6 – недостаток спонтанности и плавности беседы	1,30±0,07	2,10±0,21*,	3,40±0,13
N7 – стереотипность мышления	1,10±0,03	2,10±0,23\$	3,10±0,17
Средняя оценка	1,37±0,12	2,16±0,24	3,59±0,27

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;
 \$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;
 # - достоверные различия между 1 и 3 группами.

оценка негативных нарушений была в пункте «стереотипность мышления» (3,10±0,17 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности показатель тяжести дефицитарных расстройств соответствовал минимальным проявлениям (2,16±0,24 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее выраженными оказались следующие негативные симптомы: «пассивно-апатическая социальная отстраненность» (2,50±0,12 балла, $p \leq 0,05$), «эмоциональная отстраненность» (2,30±0,36 балла, $p \leq 0,05$), «эмоциональное уплощение» (2,20±0,25 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка или отсутствие сформированного симптома была в пунктах «трудности в абстрактном мышлении» (1,80±0,14 балла, $p \leq 0,05$), «недостаточный раппорт» (2,10±0,40 балла, $p \leq 0,05$), «недостаток спонтанности и плавности беседы» (2,10±0,21 балла, $p \leq 0,05$), «стереотипность мышления» (2,10±0,23 балла, $p \leq 0,05$).

Самый низкий показатель выраженности нарушений (включая отсутствие симптома) среди всех обследуемых пациентов был у больных с невротической дезорганизацией личности (1,37±0,12 балла, $p \leq 0,05$). Обращает внимание, что в пунктах «эмоциональная отстраненность» (1,80±0,42 балла, $p \leq 0,05$) и «недостаточный раппорт» (1,70±0,01 балла, $p \leq 0,05$) наблюдалась тенденция к минимальной

выраженности негативного симптома, что отчетливо проявлялось в серии клинических бесед и личностного интервьюирования. В первой группе респондентов предполагалась их вовлеченность, интерес к процессу обследования и его результатам. Но чем дольше пациенты участвовали в клинико-диагностическом эксперименте, тем четче обнаруживалась: скованность при общении с исследователем, снижение эмоционального реагирования, открытости и честности в беседе.

Анализ средних значений выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить их зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.3).

Наиболее выраженные общие психопатологические симптомы встречались у больных с психотической дезорганизацией личности (3,55±0,22 балла, $p \leq 0,05$) с равномерным распределением тяжести от легкой к умеренной. Наиболее значимыми являлись такие клинические признаки, как активный социальный уход (4,80±0,13 балла, $p \leq 0,05$), волевые нарушения (4,80±0,25 балла, $p \leq 0,05$), отсутствие сотрудничества (4,80±0,23 балла, $p \leq 0,05$), двигательная заторможенность (4,30±0,16 балла, $p \leq 0,05$), необычное содержание мыслей (4,20±0,19 балла, $p \leq 0,05$), ухудшение внимания (4,10±0,26 балла, $p \leq 0,05$), манерность (4,00±0,37 балла, $p \leq 0,05$).

Средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
G1 – соматическая озабоченность	4,40±0,32	2,30±0,11	1,65±0,13#
G2- тревога	5,60±0,36	5,10±0,71*,\$	3,60±0,27#
G3 – ощущение вины	4,60±0,44	4,80±0,46*	2,60±0,34
G4 - напряжение	5,80±0,17	5,05±0,37\$	3,10±0,17#
G5 – манерность	3,10±0,24	4,20±0,61*	4,00±0,37
G6 - депрессия	6,30±0,65	4,80±0,54*,\$	3,10±0,63#
G7- - двигательная заторможенность	2,60±0,47	2,40±0,17	4,30±0,16#
G8- отсутствие сотрудничества	1,30±0,12	2,40±0,15	4,80±0,23#
G9 – необычное содержание мыслей	2,30±0,43	3,40±0,22\$	4,20±0,19
G10 – дезориентации	1,10±0,02	1,80±0,09	3,30±1,04#
G11 – ухудшение внимания	5,60±0,53	3,40±0,21*	4,10±0,26
G12 – утрата критики	1,30±0,11	2,80±0,14\$	3,20±0,15#
G13 – волевые нарушения	1,80±0,15	3,12±0,18*,\$	4,80±0,25#
G14 - импульсивность	3,30±0,21	2,70±0,21*	2,20±0,05
G15 – отрешенность от реальности	1,50±0,05	2,26±0,20*,\$	3,00±0,10#
G16 – активный социальный уход	2,81±0,14	3,70±0,19*,\$	4,80±0,13
Средняя оценка	3,39±0,27	3,38±0,29	3,55±0,22

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;

\$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;

- достоверные различия между 1 и 3 группами.

У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов носила промежуточный характер (3,38±0,27 балла, $p \leq 0,05$) с резкими межпоказательными скачками. Но при этом наиболее значимыми являлись: депрессия (6,30±0,65 балла, $p \leq 0,05$), напряжение (5,80±0,17 балла, $p \leq 0,05$), тревога (5,60±0,36 балла, $p \leq 0,05$), недостаточная концентрация внимания (5,60±0,53 балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины (4,60±0,44 балла, $p \leq 0,05$), соматическая озабоченность (4,40±0,32 балла, $p \leq 0,05$), манерность (3,10±0,24 балла, $p \leq 0,05$), импульсивность (3,30±0,21 балла, $p \leq 0,05$), которые при внимательном рассмотрении оказались достоверно выше в сравнении с другими группами исследования.

Наименьшая выраженность общих психопатологических симптомов приходилась на пациентов с пограничной дезорганизацией личности (3,38±0,29 балла, $p \leq 0,05$). Особо выделилась тревога (5,10±0,71 балла, $p \leq 0,05$), депрессия (4,80±0,54 балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины (4,80±0,46 балла, $p \leq 0,05$), манерность (4,20±0,61 балла, $p \leq 0,05$) и активный социальный уход (3,70±0,19 балла, $p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты проведенного стандартизированного клинико-психопатологического исследования, позволили установить зависимость между уровнем дезорганизации личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств, выраженностью продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов.

Так, у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности клиническая картина представлена невротоподобными и субдепрессивными расстройствами (непсихотические нарушения). Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует отсутствию либо минимальной тяжестью проявлений ($1,76 \pm 0,27$) за счет раздражительности, враждебности и астении. Показатель выраженности негативных симптомов имеет наименьшую тяжесть во всех клинических признаках шкалы PANSS ($1,37 \pm 0,12$). Оценка тяжести общих психопатологических симптомов имеет большие межпоказательные разрывы от минимальных до умеренных цифр. Наиболее значимыми являются депрессия, напряжение, тревога, недостаточная концентрация внимания, ощущение вины. Данные результаты полностью соответствуют нашему предположению о незначительном влиянии психопатологического процесса на качественные изменения личности. Следовательно, у «невротиков» остается целым ядро собственной идентичности и рациональности, но при этом отмечается снижение интенсивности эмоциональной энергии, которое зачастую сопровождается тревожной мнительностью, сензитивностью и разного рода зависимостями.

У пациентов с пограничным расстройством личности клинико-психологические особенности отличаются богатым полиморфизмом: от навязчивых и субдепрессивных состояний к редуцированным галлюцинаторным переживаниям. Последние в свою очередь характеризуются малой продолжительностью и низкой сенсорной напряженностью, что дает пациентам возможность достаточно точно выделить их в пространственно-временном континууме. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренным проявлениям ($2,82 \pm 0,56$). Среди позитивных расстройств наиболее значимыми являются галлюцинаторные переживания, подозрительность, враждебность. Показатель тяжести негативных симптомов соответствует минимальным проявлениям ($2,16 \pm 0,24$) за счет пассивно-апатической социальной и эмоциональной отстраненности. Тяжесть общих психопатологических симптомов достоверно отвечает самым низким оценкам по всем группам сравнения ($3,38 \pm 0,29$). Полученные данные свидетельствуют о взаимопроникновении психопатологических симптомов в структуру данной личностной организации. Так, продуктивные расстройства в виде галлюцинаций вызывают временное искажение реальности, а негативная симптоматика (а именно отстраненность) закрепляет противоречия

различных аспектов «Я», рождая на свет амбивалентную или антагонистическую идентичность пограничной личности.

Пациенты с психотической дезорганизацией личности характеризуются ослаблением эмоциональных реакций, снижением интереса к окружающим, падением общей активности, сужением потребности в общении, погружением в мир собственных переживаний. Клиническая картина развернутого психотического эпизода в большинстве случаев (65%) представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей отношения. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренной степени ($4,3 \pm 0,36$). Наиболее тяжелыми являются бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизация мышления, идеи величия, подозрительность. Оценка выраженности негативных симптомов свидетельствует об умеренном уровне тяжести ($3,59 \pm 0,27$) за счет превалирующей роли пассивно-апатической социальной отстраненности, трудностей в абстрактном мышлении, недостаточности раппорта, эмоциональной отстраненности. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствует в целом легкому уровню ($3,55 \pm 0,22$) с равномерным распределением тяжести. Наиболее выраженными являются волевые нарушения, активный социальный уход, отсутствие сотрудничества, двигательная заторможенность, необычное содержание мыслей, ухудшение внимания манерность. Результаты исследования показывают, что психотические психические расстройства наносят существенный ущерб структурным компонентам личностной организации. Позитивные симптомы, особенно активное, систематизированное бредообразование, вызывает потерю способности тестировать реальность пациентом. А негативные расстройства, удвоенные общей психопатологической симптоматикой, изменяют «Я» и «объект» - репрезентации идентичности до полной диссоциации (расщепления) личности психотического больного.

Полученные данные свидетельствуют о правомочности выделения уровней дезорганизации личности человека, страдающего психическим расстройством и необходимости поиска дифференцированных подходов к оказанию квалифицированной психиатрической помощи с учетом не только динамики продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов, но и структурных личностных изменений (дезорганизации), вызванных патологической психической средой.

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В соответствии с целью настоящей работы было проведено сравнительное клинико-психопатологическое исследование больных с различным уровнем дезорганизации личности, включавшее описание этих уровней и связанные с ними психические расстройства, а также оценку выраженности психопатологических симптомов в зависимости от структурных особенностей каждой дезорганизации личности.

Материалы и методы: в РКПБ г. Донецка на период 2018 - 2020 гг. исследовались клинико-психопатологические характеристики 130 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения», «острые транзиторные психотические расстройства», «смешанное тревожно-депрессивное расстройство», «генерализованное тревожное расстройство». В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу: 1 группа – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 52 чел.; 2 группа – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 34 чел.; 3 группа – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 44 чел. Для диагностики выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала позитивных и негативных симптомов SCI-PANSS.

Результаты: у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности клиническая картина представлена неврозоподобными и субдепрессивными расстройствами. Оценка выраженности продуктивных симптомов и негативных симптомов соответствует отсутствию либо минимальной тяжести проявлений. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов имеет большие межпоказательные разрывы от минимальных до умеренных цифр. Наиболее значимыми являются депрессия, напряжение, тревога, недостаточная концентрация внимания, ощущение вины. У пациентов с пограничным расстройством личности клинико-психологические особенности отличаются богатым полиморфизмом: от навязчивых и субдепрессивных состояний к редуцированным галлюцинаторным переживаниям. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренным проявлениям; негативных симптомов минимальным нарушениям. Тяжесть общих психопатологических симптомов достоверно отвечает самым низким оценкам по всем группам сравнения. Оценка выраженности продуктивных симптомов и негативных симптомов соответствует умеренной степени. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствует в целом легкому уровню с равномерным распределением тяжести.

Заключение: результаты проведенного стандартизированного клинико-психопатологического исследования, позволили установить зависимость между уровнем дезорганизации личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств, выраженность продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов.

Ключевые слова: PANSS, симптом, личность, дезорганизация

Melnichenko V.V.

CLINICAL AND PSYCHOPATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PERSONAL DISORGANIZATION

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

In accordance with the purpose of this work, a comparative clinical and psychopathological study of patients with different levels of personality disorganization was carried out, which included a description of these levels and associated mental disorders, as well as an assessment of the severity of psychopathological symptoms depending on the structural features of each personality disorganization.

Materials and methods: in the Republican Clinical Psychiatric Hospital in Donetsk for the period 2018 - 2020 investigated the clinical and psychopathological characteristics of 130 patients aged 18 to 65 years, with established diagnoses: “paranoid schizophrenia”, “acute transient psychotic disorders”, “mixed anxiety-depressive disorder”, “generalized anxiety disorder”. Depending on the level of personality disorganization, the subjects were divided into 3 groups using a structural interview

according to O. Kernberg: group 1 - respondents with a neurotic level of personality disorganization - 52 people; group 2 - respondents with a borderline level of personality disorganization - 34 people; group 3 - respondents with a psychotic level of personality disorganization - 44 people. The SCI-PANSS scale of positive and negative symptoms was used to diagnose the severity of psychopathological symptoms.

Results: in patients with a neurotic level of personality disorganization, the clinical picture is presented by neurosis-like and subdepressive disorders. Assessment of the severity of productive symptoms and negative symptoms corresponds to the absence or minimal severity of manifestations. Assessment of the severity of general psychopathological symptoms has large inter-indicative gaps from minimal to moderate numbers. The most significant are depression, tension, anxiety, lack of concentration, and feelings of guilt. In patients with borderline personality disorder, clinical and psychological characteristics are characterized by rich polymorphism: from obsessive and subdepressive states to reduced hallucinatory experiences. Assessment of the severity of productive symptoms corresponds to moderate manifestations; negative symptoms with minimal disturbances. The severity of common psychopathological symptoms reliably corresponds to the lowest estimates in all comparison groups. Assessment of the severity of productive symptoms and negative symptoms corresponds to a moderate degree. The assessment of the severity of general psychopathological symptoms corresponds to a generally mild level with an even distribution of severity.

Conclusion: the results of the standardized clinical and psychopathological study made it possible to establish the relationship between the level of personality disorganization and certain clinical features of mental disorders, the severity of productive, negative and general psychopathological symptoms.

Keywords: PANSS, symptom, personality, disorganization

Литература

1. Мельниченко В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 4 (48): 27-34.
2. Мельниченко В.В. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1 (49): 20-28.
3. Мельниченко В.В., Абрамов В.Ал. Влияние иррациональных установок на психологическое благополучие и самоэффективность больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 84-91.
4. Мельниченко В.В. Дисфункциональность когнитивных моделей как фактор нарушения саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 1 (45): 71-77.
5. Абрамов В.А., Осокина О.И., Путятин Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманитарные подходы: монография. Донецк: Каштан; 2014. 295.
6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк: Каштан; 2006. 268.
7. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: Каштан; 2006. 248.

References

1. Mel'nichenko V.V. Rasstroistvo lichnosti i dezorganizatsiya lichnosti – sinonimy ili protivopozlozhnosti [Personality disorder and personality disorganization are synonyms or opposites]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 4 (48): 27-34 (in Russian).
2. Mel'nichenko V.V. Teoreticheskii analiz bazovykh kategorii dezorganizovannoi lichnosti: identichnost', integratsiya, tselostnost' [Theoretical analysis of the basic categories of a disorganized personality: identity, integration, integrity]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2020; 1 (49): 20-28 (in Russian).
3. Mel'nichenko V.V., Abramov V.Al. Vliyanie irratsional'nykh ustanovok na psikhologicheskoe blagopoluchie i samoeffektivnost' bol'nykh s razlichnym urovнем dezorganizatsii lichnosti [Influence

- of irrational attitudes on psychological well-being and self-efficacy of patients with different levels of personality disorganization]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; 2 (46): 84-91 (in Russian).
4. Mel'nichenko V.V. Disfunktsional'nost' kognitivnykh modelei kak faktor narusheniya samoregulyatsii bol'nykh s razlichnym urovnem dezorganizatsii lichnosti [Dysfunctionality of cognitive models as a factor in self-regulation disorders in patients with different levels of personality disorganization]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; 1 (45): 71-77 (in Russian).
 5. Abramov V.A., Osokina O.I., Putyatin G.G. Lichnostno-orientirovannaya psikhatriya: tsennostno-gumanitarnye podkhody: monografiya [Personality-oriented psychiatry: value-humanitarian approaches: monograph]. Donetsk: Kashtan; 2014. 295 (in Russian).
 6. Abramov V.A., Zhigulina I.V., Ryapolova T.L. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh s psikhicheskimi rasstroistvami [Medical and social rehabilitation of patients with mental disorders]. Donetsk: Kashtan; 2006. 268 (in Russian).
 7. Abramov V.A., Tabachnikov S.I., Podkorytov V.S. Osnovy kachestvennoj psikhiatricheskoi praktiki [Fundamentals of Good Psychiatric Practice]. Donetsk: Kashtan; 2006. 248 (in Russian).

Поступила в редакцию 26.02.2020