

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до психіатрії і може бути використаний в діагностиці та експертній оцінці психопатологічних порушень шляхом клініко-етологічного дослідження спонтанного та експериментального маніпулювання.

Як прототип обрано спосіб діагностики психомоторних порушень (Патент №49559А, UA МПК7 А61В5/16. Спосіб індикації стресу за ДІМА-технологією /Седаков І.О. - Заявка №2001129071. - Заявл. 26.12.2001. - Опубл. Бюл. "Промислова власність" №9), який оснований на феномені динамізму інверсійно-фізіологічної мануально-міжнапівкульної асиметрії для індикації стресу і полягає в оцінці помилки ручної реакції на зовнішній зоровий подразник для діагностики психічного статусу.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: реєстрація кистьової моторики.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення точності психодіагностики), є: однобічна оцінка психомоторних актів, переважно по анатомічних ознаках і окремих параметрах сенсомоторних реакцій без їхньої якісної деталізації та відповідного клініко-етологічного аналізу; неможливість визначення рівня редукції особистості та її дезінтеграцій.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу діагностики психомоторних порушень шляхом додаткового проведення аналізу спонтанного та експериментального маніпулювання в пацієнтів, що дозволить підвищити ступінь об'єктивізації визначення поведінкових розладів і диференціальної діагностики окремих форм психічних хвороб.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики психомоторних порушень, що включає реєстрацію кистьової моторики, відповідно до винаходу, додатково визначають інтенсивність і локалізацію спонтанної маніпулятивної активності та оцінюють категорію, структуру, послідовність ланцюгів елементів експериментального маніпулювання з розрахунком пальцевого індексу.

Між сукупністю істотних ознак способу, що заявляється, і технічним результатом, що досягається, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: визначення інтенсивності та локалізації спонтанної маніпулятивної активності, що тісно пов'язана з розвитком мовлення та його внутрішнього плану-мислення, а саме розладу мислення за формою і змістом, що переважають при розладах психіки, дозволяє об'єктивізувати когнітивні процеси при психопатології, а оцінка категорії, структури і послідовності ланцюгів елементів експериментального маніпулювання з розрахунком пальцевого індексу дозволяє визначати особливості конструктивного праксису, що дозволяє, в цілому, досягти очікуваного технічного результату, тобто підвищити точність діагностики взаємозв'язків психіки і моторики.

Спосіб діагностики психомоторних порушень, що заявляється, був апробований у двох групах: основній, в яку були включені 60 хворих на шизофренію і контрольній, що складається із 50 здорових добровольців, були зареєстровано ряд істотних розходжень.

Основу даного способу складає клініко-етологічна діагностика спонтанного та експериментального маніпулювання в дослідженні механізмів формування і розвитку психопатологічних порушень.

При аналізі результатів, отриманих у ході апробації запропонованого способу, було виявлено, що найбільш демонстративними зовнішніми особливостями маніпулятивної поведінки в здорових і хворих на параноїдну форму шизофренії, що складали основний масив спостережень, були ознаки, асоційовані з належністю до чоловічої або жіночої статі.

У таблиці 1 представлені показники експериментального маніпулювання в хворих на шизофренію і здорових.

У хворих чоловіків спостерігалось більш інтенсивне маніпулювання в області двох основних зон - голови і геніталій, а також з побутовими повсякденними предметами. Маніпуляції часто носили стереотипний характер. Ці рухи поєднувалися з орієнтацією погляду в нижні поля, власні руки.

При експерименті чоловіки частіше жінок вибирали тверді об'єкти - кулю, паличку. Домінували деструктивні дії, переміщення, опосередковані дії з предметом. До особливостей маніпуляцій хворих жінок варто віднести патери аутогрумінга у вигляді торкання волосся, дотику до кутів рота, поправлення деталей одягу. Переважала центральна орієнтація погляду, що супроводжувалась звичайно мімікою кокетства, з підняттям брів, відведенням очей, що періодично чергується з пильним поглядом. На відміну від чоловіків, у хворих жінок маніпуляції в області геніталій не реєструвалися. У виборі предметів превалювали кільце і шматок матерії.

У таблиці 2 представлені дані про розподіл категорій дій при експериментальному маніпулюванні в хворих на шизофренію і здорових.

Для хворих з кататонічною формою була характерна убогість спонтанних маніпуляцій, їхня низька інтенсивність, перевага маніпулювання власними пальцями і наявність простих лінійних ланцюгів і дій переміщення при експериментальній пробі з предметами. Реєструвалися високі показники пальцевого індексу. Погляд хворих частіше був фіксований, супроводжувався рідким миготінням вік, переважала його нижня і центральна орієнтація.

Спосіб діагностики полягає в наступному.

Спонтанне маніпуляційне поведінки вивчають шляхом реєстрації спонтанних жестів з оцінкою виду маніпуляцій і ступеня їхньої інтенсивності, латеральності, а також зв'язку з поглядом і пріоритетної локалізації в області рота, носа, волосся, голови, рук, ока, вуха, геніталій, з побутовими повсякденними предметами, одягом. На кожного випробуваного складають етограмму з оцінками типових елементів поведінки. Час дослідження складає - 20 хвилин, відстань між випробуваним і дослідником 100-150см, площа візуального контакту - фронтальна. Можлива фотозйомка окремих елементів спонтанної маніпуляційної або активності її відеозйомка.

Експериментальне 2-серійне маніпулювання проводять з чотирма стандартними предметами нейтрального сіро-чорного кольору - паличкою довжиною 25-30см, товщиною 1см, кулею діаметром 3-4см, кільцем діаметром 10см, шматком матерії розмірами 20х20см. Роблять оцінку вибору серед зазначених стандартних предметів, аналізують структуру і послідовність, етологічний малюнок і рівень ієрархії маніпулювання. Розраховують пальцевий індекс - відношення числа пальців, що беруть участь у фіксації об'єкта до загального числа пальців кисті руки, що маніпулює, за наступною формулою:

$$F=A/N,$$

де F - пальцевий індекс, в умовних одиницях, від 0,2 до 1,0; A - число пальців, що беруть участь у фіксації об'єкта, від 1 до 5; N - загальне число пальців кисті руки, що маніпулює - 5 із двома предметами обираються пацієнтом зі стандартного набору, що включає кулю, кільце, паличку, шматок матерії, з розрахунком пальцевого

індексу - відносини числа пальців, що беруть участь у фіксації об'єкта, до загального числа пальців кисті, що маніпулює.

Для судження про стереотипність чи варіабельність маніпулювання виділяються три типи ланцюгів маніпуляцій: прості лінійні ланцюги - невеликої довжини, одиничним повторенням дій, одноманітністю і стереотипним зв'язком у послідовності; складні лінійні ланцюги - більшою довжиною, збільшенням числа повторних дій і більш варіабельними зв'язками в послідовності; нелінійні ланцюги - значної довжини, розмаїтості, великого числа повторюваних дій, високої варіабельності переходів від однієї категорії дій до іншої.

Серед категорій дій виділяють два типи форм маніпулювання:

прямі дії у вигляді безпосереднього впливу на об'єкт за допомогою ефекторів - поверхневого обстеження, переміщення, деформації об'єкта, конструктивних дій; опосередковані дії, вироблені одним об'єктом щодо іншого. Враховується латеральність маніпуляцій для виявлення домінантної руки. Аналізується також вміст кишень хворих і особливості звичного маніпулювання з предметами, що виявляються в них.

Пропонований спосіб діагностики маніпулятивної поведінки дозволяє оцінювати стан психомоторики хворих. Алгоритм оперативної оцінки маніпулятивної поведінки підвищує ступінь об'єктивності виявлення порушень у руховій сфері.

Спосіб ілюструється наступними клінічними прикладами.

Приклад 1. Хворий В-ков, 42 року. Діагноз: шизофренія, параноїдна форма безупинний тип перебігу. Психічно хворий протягом 20 років. За час захворювання неодноразово стаціонарувався, ремісії неякісні, тривалістю не більш 6міс. Одержував лікування нейрорепрессантами, антидепресантами, проводилася інфузійна, вітамінотерапія.

У ході реєстрації спонтанних маніпуляцій виявляється їхня перевага в області обличчя, рук, геніталій. Маніпуляції характеризуються колуванням, почісуванням щоби, підборіддя, носа, розминанням мочки правого вуха. Маніпуляції в генітальній області здійснюються через ліву кишеню. Реєструється інтенсивна гра пальцями рук. Ступінь інтенсивності висока, латеральність по типу амбидекстрії. У процесі маніпуляцій відзначається нижньолівий -29 біт, нижньоправий - 31 біт тип орієнтації погляду.

При виконанні тесту експериментального маніпулювання вибір №1 - куля, пальцевий індекс - 0,8ум.од., вибір №2 - ціпок, пальцевий індекс - 0,8ум.од.

Тип ланцюга маніпуляцій - простий. Схема ланцюга : обережно бере кулю 1-4 пальцями правої руки → торкається лівим вказівним пальцем ціпка → бере ціпок у ліву руку, 1-4 пальцями → сильно б'є ціпком по кулі → відкладає убік предмети.

Переважає категорія дій - переміщення / деформація.

Представлені дані свідчать про простий тип маніпуляційного ланцюга. Пальцевий індекс високий. Поверхнєве обстеження об'єктів при маніпуляціях слабо виражено. Спонтанне маніпулювання виявляється характерною грою пальцями, а так само типовими для даної категорії хворих маніпуляцій у генітальній області.

Приклад 2. Хвора К-ова, 39 років. Діагноз - шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом. Хворіє протягом 12 років. За час хвороби неодноразово госпіталізувалася. Ремісії нестійкі - фасадні. Двічі намагалася зробити суїцидальні спроби. У клініці переважає галюцинаторно- маячна симптоматика.

У ході реєстрації спонтанних маніпуляцій виявляється їхня перевага в області обличчя - волосся, губ. Маніпуляції характеризуються витиранням кутів рота, відкидуванням і намотуванням на лівий вказівний палець пасма волосся. Ступінь інтенсивності високий, латеральність по типу амбидекстрії. У процесі маніпуляцій переважає центральний - 19 біт і правобічний - 22 біт тип орієнтації погляду у вигляді їхнього чергування.

При виконанні тесту експериментального маніпулювання вибір № - ганчірка, пальцевий індекс - 1,0ум.од., вибір №2 - кільце, пальцевий індекс - 0,8ум.од.

Тип ланцюга маніпуляцій - нелінійний. Схема ланцюга: швидко вистачає всіма пальцями правої кисті ганчірку → бере в обох рук струшує → вертить → звертає в трубку → відкладає убік → вистачає 1-4 пальцями правої кисті кільце → крутить кільце на вказівному пальці правої руки → надягає кільце на праву руку → знімає з руки → бере кільце в ліву руку → бере ганчірку в праву руку → просмикує ганчірку в кільце → перегинає шматок через кільце → формує вузол → із силою його затягує → отриману конструкцію відкладає убік.

Переважає категорія дій - конструктивні та опосередковані з тілом.

Представлені дані відображають характерні для даної категорії хворі ознаки аутогрумінга, що виявляються перевагою маніпуляцій в області волосся, рота. Поверхнєве обстеження об'єктів слабо виражено, через імпульсивну поведінку хворої. Вибір предметів в описуваному випадку - кільця і шматка матерії, властивий більшості обстежених жінок. Пальцевий індекс досягає максимуму.

Приклад 3. Хворий К., 30 років. Діагноз: шизофренія, кататонічна форма безперервно-прогресивний перебіг. Психічно хворий протягом 11 років, з 1992р., коли був уперше госпіталізований у зв'язку із суїцидальною спробою - під впливом безперервних слухових псевдогалюцинацій ударив себе ножом у живіт. Протягом цього періоду багаторазово стаціонарувався, ремісії нетривалі, не більш 6міс. Усі госпіталізації зумовлені декомпенсацією ендогенного дефекту психіки, що сформувався, із псевдогалюцинаторними проявами, маревними ідеями персекуторного характеру з кататонічними включеннями у формі чергування імпульсивності імпульсивності та явищ кататонічного ступору. Хворий утратив комунікативні зв'язки, соціальне дезадаптований, апатичний, абулічний.

При дослідженні спонтанної маніпуляційної поведінки виявляється перевага маніпуляційних дій в області рук, лівої колоші штанів, геніталій. Маніпуляції характеризуються колуванням, пощипуванням одягу. Реєструється інтенсивна гра пальцями. Ступінь інтенсивності високий, латеральність по типі амбидекстрії. У процесі маніпуляцій відзначається центральний, нижній тип орієнтації погляду.

При виконанні тесту експериментального маніпулювання вибір №1 - куля з пальцевим індексом 0,6ум.од., вибір №2 - кільце з пальцевим індексом 0,8ум.од.

Тип ланцюга маніпуляцій - простий. Категорія дій - переміщення. Схема ланцюга: повільно, поштовхоподібно бере кулю трьома пальцями лівої руки → розвертає ліву кисть долонею нагору → ліва рука застигає в положенні супінації → бере 1-4 пальцями правої руки кільце → кладе обидві руки на стіл. У відповідь на багаторазові вказівки про проведення дій з обраними предметами на обличчі міміка здивування, погляд фіксований на предметах. У перебігу наступного періоду часу ніяких дій з предметами не проводив.

Таким чином, у даного хворого спостерігаються специфічні для кататонічних синдромів рухово-вольові порушення - характерна статичність пози, уповільнені, поштовхоподібні рухи. Спонтанне маніпулювання виявляється типовою грою пальцями. Експериментальне маніпулювання характеризується безініціативністю, бідністю рухів, фіксованими положеннями рук. Пальцевий індекс високий.

Використання способу діагностики, що заявляється, психомоторних порушень розширює діапазон діагностичних можливостей сучасної психіатричної практики. За даними аналізу маніпулятивної поведінки можливе визначення типових варіантів його проявів у пацієнтів різної статі, віку і клінічних варіантів психопатологічних розладів. Методика проведення та аналізу маніпулятивної поведінки не вимагає складного спеціального устаткування і може знайти широке практичне застосування в диференціальній діагностиці психопатологічних розладів, включаючи експертну оцінку симулятивної поведінки.

Розроблений спосіб діагностики відрізняється простотою, відтворюваністю і доступністю для психіатричної і загально-клінічної практики.

Таблиця 1

Спосіб діагностики психомоторних порушень

Показники	Хворі		Здорові	
	Чол. n=27	Жін. n=26	Чол. n=25	Жін. n=25
Вибір предмету №1				
Паличка	8 (15,0)	3 (5,6)	12(24)	0*
Куля	12 (22,6)	7 (13,2)	8(16)	1(2)
Кільце	5 (9,4)	7(13,2)	4(8)	10 (20)
Шматок	2 (3,7)	9 (16,9)	1(2)	14 (28)*
Пальцевий індекс (ум.од.)	0,83	0,76	0,42	0,40
Вибір предмету № 2 Паличка	7 (13,2)	6(11,3)	8(16)	7(14)
Куля	12 (23,6)	6(11,3)	8 (16)	8(16)
Кільце	6(11,3)	9 (16,9)	7(14)	2(4)
Шматок	2 (3,7)	5 (9,4)	2(4)	8(16)
Пальцевий індекс (ум.од.)	0,74	0,65	0,52	0,48
Ланцюги маніпуляцій Прості лінійні	9 (16,9)	8(15,0)	9(36)	9(18)
Складні лінійні	4 (7,5)	5 (9,4)	6(12)	5(10)
Нелінійні	14 (26,4)	13 (24,5)	10 (40)	11(22)

Примітка: % розраховані по відношенню до числа осіб кожної групи,

* - достовірність міжстатевих відмінностей, $p<0,05$

Таблиця 2

Спосіб діагностики психомоторних порушень

Категорії дії	Число певних дій			
	Хворі		Здорові	
	Чол. n=27	Жін. n=26	Чол. n=25	Жін. n=25
Поверхнєве обстеження	20 (37,7)	21 (39,6)	30 (60)#	28 (56)
Переміщення	49 (92,4)	37(69,8)*	40 (80)	30 (60)*
Деформація	7 (13,2)	4 (7,5)	5(10)	2(4)
Конструкція	7(13,2)-	14 (26,4)	5(10)	11(22)
Опосередкування з предметом	31 (58,4)	20 (37,7)*	13 (26)#	10 (20)
Опосередкування з тілом	4 (7,5)	9 (16,9)	2(4)	4(8)
Ігрові маніпуляції	12 (20)	10(18,8)	2(4)	0

Примітка: % розраховані по відношенню до числа осіб кожної групи,

- достовірність міжгруповх,

* - міжстатевих відмінностей, $p<0,05$