

Abstract

M. Ye. Khomitskyi,
Zaporizhzhia State Medical University, Mayakovskogo Ave, 26, 69035, Zaporizhzhia, Ukraine

TYOLOGY OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

The issue of diagnostics, treatment and social rehabilitation of patients with endogenous psychoses with episodic course remains one of the most urgent problems of psychiatry, which, despite the considerable advances of science and practice, has not found a definitive solution. Significant difficulties of nosological separation in the group of endogenous psychoses with episodic course and evaluation of the pathopersonological aspect of the clinic are related to schizoaffective disorder.

The aim of the study was to establish a typology of pathopersonological transformations in patients with schizoaffective disorder based on the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological, clinical-ethological characteristics of remission. On the basis of “Regional Clinical Psychiatric Hospital” (Zaporizhzhia) 102 persons with the established diagnosis of schizoaffective disorder were examined. The main methods of the study were clinical psycho-pathological, psychodiagnostic, pathopsychological, clinical-anamnestic, clinical-medical, social-medical and statistical analysis.

As a result of the conducted research, on the basis of the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological, clinical-ethological characteristics of remission, the typology of pathopersonological transformations was established.

The presence and prevalence of 4 main types of pathopersonological transformations in schizoaffective disorder (“affective-labile” (20.1 % of the contingent), “paranoid-dysthymic” (17.3 %), “hysteroid-agonistic” (25.9 %), “Neurocognitive-deficient” (16.9 %) and “mixed” (19.8 % of the contingent)), which differ in clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, medical-psychological, neuropsychological and clinical-ethological characteristics and cause social (labor and family) maladjustment of varying degrees.

The clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, medical-psychological, neuropsychological and clinical-ethological features identified in the study can be used to determine the type of pathopersonological transformations and its severity in patients with schizoaffective disorder and, accordingly, quantitative characteristics of individually needed psychopharmacological, psychotherapeutic and social rehabilitation activities and evaluation of their effectiveness in dynamics.

Key words: schizoaffective disorder, clinic, diagnostics, personality.

Corresponding author: nhomitski@ukr.net

Резюме**М. Є. Хоміцький,***Запорізький державний медичний університет, проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Запорізька область, Україна, 69000***ТИПОЛОГІЯ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД**

Питання діагностики, лікування та соціальної реабілітації хворих на ендогенні психозами з епізодичним перебігом залишається одним з найактуальніших завдань психіатрії, яке, не зважаючи на значні успіхи науки і практики, не знайшло остаточного вирішення. Значні труднощі нозологічного відокремлення в середині групи ендогенних психозів з епізодичним перебігом та оцінки патоперсоналогічного аспекту клініки стосуються шизоафективного розладу.

Метою дослідження було встановлення типології патоперсоналогічних трансформацій у хворих на шизоафективний розлад на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний, клініко-катамнестичний та медико-соціальний а також медико-статистичний аналіз.

В результаті проведеного дослідження на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії було встановлено типологію патоперсоналогічних трансформацій у хворих на шизоафективний розлад. Встановлено наявність та частоту зустрічання 4-х основних типів патоперсоналогічних трансформацій при шизоафективному розладі («афективно-лабільний» (20,1 % контингенту), «паранойально-дистимічний» (17,3 %), «істеро-агоністичний» (25,9 %), «нейрокогнітивно-дефіцитарний» (16,9 %) та «змішаний» (19,8 % контингенту)), які відрізняються за клініко-анамнестичними, клініко-психопатологічними, медико-психологічними, нейропсихологічними та клініко-етологічними характеристиками та спричиняють соціальну (трудова та сімейну) дезадаптацію різного ступеня вираженості. Встановлені в результаті дослідження окремі клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, медико-психологічні, нейропсихологічні та клініко-етологічні ознаки можуть бути використані при визначенні типу патоперсоналогічних трансформацій та його ступеня вираженості у хворих на шизоафективний розлад та, відповідно, – визначенні якісних та кількісних характеристик індивідуально необхідних психофармакологічних, психотерапевтичних та соціально-реабілітаційних впливів і оцінки їх ефективності в динаміці.

Ключові слова: шизоафективний розлад, клініка, діагностика, особистість.

Автор, відповідальний за листування: nhomitski@ukr.net

Вступ

Питання діагностики, лікування та соціальної реабілітації хворих на ендогенні психози з епізодичним перебігом залишається одним з найактуальніших завдань психіатрії, яке, не

зважаючи на значні успіхи науки і практики, не знайшло остаточного вирішення [1–3].

З огляду на той факт, що ендогенні психози з епізодичним перебігом характеризуються станами ремісії/інтермісії, тривалість яких в різних клінічних випадках складає від 6 місяців до де-

сятків років, саме наявні поза загостреннями психозу патоперсонологічні трансформації (ПпТ) більшою мірою визначають рівень самостійності та адаптації пацієнта на мікросоціальному (проблемно-вирішувача поведінка) та макросоціальному (поведінка в суспільстві) рівнях, а врешті – якість життя пацієнтів та їх рідних [1, 2]. Об'єктивні складності оцінки особистісних характеристик спричинені відсутністю єдиного клінічного інструментарію для їх оцінки, невизначеністю чітких меж та наявними складними зав'язками та взаємним проникненням між характеристиками особистості та нейрокогнітивними ознаками, формальними інтелектуальними здібностями, емоційним інтелектом, невербальними особливостями соціально-комунікативної поведінки та ін.

Значні труднощі нозологічного відокремлення в середині групи ендегенних психозів з епізодичним перебігом та оцінки патоперсонологічного аспекту клініки стосуються шизоафективного розладу (ШАР), що спричинено високим ступенем клінічного поліморфізму захворювання, явищами патоморфозу та складнощами формування репрезентативної вибірки в зв'язку з меншою поширеністю відносно афективних розладів та епізодичної шизофренії [1, 2].

Таким чином, визначення патоперсонологічних характеристик пацієнтів, які страждають на ШАР має поводитись в періоди ремісії / інтермісії і включати клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, медико-психологічне, нейропсихологічне, клініко-етологічне є найбільш перспективним напрямком в пошуку прогностичних маркерів і механізмів формування дезадаптації, як мішеней медико-соціальної реабілітації (МСР).

Метою дослідження було встановлення типології патоперсонологічних трансформацій у хворих на ШАР на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

Контингенти та методи. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік пацієнтів дорівнював $45,0 \pm 10,3$ років; розподілення за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 35 років, середній показник склав – $16,8 \pm 8,3$ років. Середній

вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці дорівнював $28,2 \pm 7,6$ років.

Обов'язковими критеріями включення до вибірки виступали наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

У дослідженні взяли участь пацієнти, які приймають типові і атипові нейролептики в поєднанні з коректорами (у разі потреби), антидепресантами, нормотиміками – в дозах, які не перевищують рекомендовані для підтримуючої (протирецидивної) терапії та мали різний рівень медикаментозного комплаєнсу, а також особи, які не приймали ніяких психофармакологічних засобів впродовж останніх місяців/років.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, клініко-анамнестичний, клініко-етологічний а також методи математичної статистики.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження.

Психометричний метод використано для оцінки стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [4].

Психодіагностичним методом було досліджено особистісні характеристики за допомогою стандартизованого методу дослідження особистості (СМДО) [5] та особливості реагування на хворобу (РНХ) та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [6]. Психодіагностичне обстеження також включало в себе оцінку нейропсихологічного статусу за допомогою набору нейрокогнітивних методик, заснованих на розробках А. Р. Лурия (Л. І. Васерман, 1997) [7].

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних. Метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки, а також кількісного аналізу з викорис-

танням глосарію, складеного V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [8].

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. Було проведено кластерний аналіз отриманих даних. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипільних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Йейтса, критерій Фішера F).

Результати та їх обговорення.

При вивченні розподілу контингенту за соціально-демографічними характеристиками отримано такі результати. Середню освіту мали 22,5 % (23 особи) обстежених, середню спеціальну – 41,2 % (42 особи) та вищу – 36,3 % (37 осіб). Фактично працевлаштованими були лише 31,4 % (32 особи), в той час як 68,6 % контингенту (70 осіб) не були працевлаштованими впродовж що найменше останніх 3-х місяців. Серед працевлаштованих осіб 17,6 % (18 осіб) займали посади пов'язані з виконанням малокваліфікованої праці, хоча більшість з них (12 осіб) мали середню спеціальну або вищу освіту і в минулому отримали досвід праці за спеціальністю. Кваліфіковану працю виконували 7,84 % контингенту (8 осіб). На посадах, пов'язаних з виконанням розумової праці, були працевлаштовані лише 5,9 % контингенту (6 осіб). Оцінка показників стійкого зниження або втрати працездатності (інвалідизації) дала наступні результати. Інвалідами через психічне захворювання були 76,6 % контингенту (76 осіб) з яких 56,8 % (58 осіб) мали третю, а 19,8 % (18 осіб) – другу групу інвалідності. Пацієнтів, які не є інвалідами було 23,5 % (26 осіб), однак, майже половина з них (12 осіб) не були працевлаштованими.

Згідно з результатами, які було отримано при оцінці сімейного стану, на момент дослідження у шлюбі перебувають 36,3 % контингенту (37 осіб), в той час як 40,2 % (41 особа) є розлученими, а 23,5 % (24 особи) ніколи не перебували в офіційному або цивільному шлюбі.

При вивченні клініко-анамнестичних характеристик контингенту отримано такі результати. Клінічним типом ШАР, який домінував в групі обстеження, був змішаний тип (56 осіб). У 25 пацієнтів було діагностовано маніакальний тип, а у 21 особи – депресивний тип ШАР. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксова-

но від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник склав $11,9 \pm 6,8$ рази. При подальшому ретроспективному аналізі причин госпіталізацій (вивчення епікризів в амбулаторних картах та архівних історій хвороби, опитування родичів пацієнтів) з'ясовано, що в цілому по вибірці у 15,4 % випадків звернення за стаціонарним лікуванням більшою мірою були обґрунтовані соціально-побутовими чинниками: конфлікти з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізацією або наркотизацією; матеріально-побутовими проблемами. Оцінка медико-біологічних характеристик стосувалась дослідження якісних та кількісних характеристик медикаментозного лікування за весь час захворювання. Так, для активного та підтримуючого лікування переважної більшості (62 особи, 60,8 %) контингенту застосовувались класичні (конвенційні) нейролептики: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпромазин, хлорпротиксен, зуклопентиксол та флюпентиксол в малих або середньотерапевтичних дозах. У 22 випадках (21,6 %) лікування нейролептиками доповнювалось призначенням коректорів (тригексифенідил) в дозі 2 – 4 мг на добу. У 36 випадках (35,3 % контингенту) лікування проводилось переважно атипсовими антипсихотиками (рисперидон, клозапін, кветіапін) в малих та середньотерапевтичних дозах. У 35 випадках (24,3 % контингенту) провідною групою препаратів для активної та підтримуючої терапії були нормотимики (вальпроат натрію, карбамазепін та літію карбонат), призначення яких у більшій частині випадків (88,6 %) поєднувалось з застосуванням нейролептиків / антипсихотиків в дозах, які нижче середньотерапевтичних. Також з метою оцінки прихильності пацієнта до терапії оцінювався суб'єктивний (зі слів пацієнта) та об'єктивний (зі слів родичів, вивчення амбулаторної карти) анамнез. Прихильність до терапії у 47,1 % контингенту (48 осіб) була оцінена як «низька»: повна відмова від прийому підтримуючої терапії поза стаціонаром або несистематичний і вибірковий прийом рекомендованих препаратів, що спричинено низькою комплаєнтністю, явищами гіпо- та анозогнозії, наявними побічними ефектами лікування та матеріальними чинниками (пацієнти з ШАР (окрім інвалідів 2 групи) в амбулаторних умовах не підлягають безкоштовному забезпеченню препаратами). Осіб з середнім та високим рівнем прихильності до терапії було 36,3 % (37 осіб) та 16,7 % (17

осіб) відповідно. Проте, середній і високий рівень прихильності до медикаментозного лікування не завжди відображав високий рівень комплаєнсу та наявність у пацієнта критичного ставлення до захворювання. Нерідко хворі лише підкорювались родичам щодо необхідності продовження лікування в амбулаторних умовах, або пацієнту за рішенням суду тривалий час надавалась амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку (частіше за все депонованими формами класичних нейролептиків).

Згідно результатів дослідження показників вираженості психопатологічної симптоматики за PANSS загальна сума балів склала $49,25 \pm 11,61$. Для субшкал позитивної, негативної симптоматики та загальних розладів показники становили $11,21 \pm 2,93$, $12,06 \pm 3,21$ та $25,99 \pm 6,70$ балів відповідно.

Проведене нейропсихологічне дослідження контингенту виявило ознаки нейрокогнітивного дефіциту різної структури та ступеня тяжкості. У пацієнтів переважали явища нейрокогнітивного дефіциту легкого та середнього ступеня у співвідношенні, близькому до 3:1. Виражені порушення мали поодинокий характер, та становили не більше ніж 9 % від усіх випадків, коли нейрокогнітивний дефіцит був наявним. Оцінка структури нейропсихологічних порушень в цілому свідчить про їх дифузний характер: за сімнадцятьма з 24 досліджених нейропсихологічних функцій відсоток осіб з порушеннями перевищував 20,0 % обстеженого контингенту.

Методику СМДО було використано для дослідження індивідуально-психологічних особливостей, а також адаптивних і компенсаторних можливостей особистості. Загальна кількість результатів за методикою СМДО, які було визнано недостовірними склала 21 випадок. Таким чином, кількість пацієнтів результати обстеження яких були визнано достовірними та використано для подальшого обчислення дорівнювала 81. Результати, отримані при обстеженні контингенту за методикою СМДО, демонструють наявність декількох помірно підвищених (65 – 75 Т-балів) показників окремих шкал. Такими є шкали Депресії ($65,36 \pm 12,28$ Т-бали), Імпульсивності ($73,23 \pm 11,83$ Т-бали), Індивідуальності ($68,40 \pm 12,33$ Т-бали) та Оптимізму і активності ($66,05 \pm 12,02$ Т-бали). Наявність різноспрямованих тенденцій – помірне підвищення показників шкал як гіпостенічного (шкала 2 (Депресії)) так і гіперстенічного (шкала 4

(Імпульсивності) та 9 (Оптимізму і активності)) реєстрів може розцінюватись як наслідок компенсаторного напруження особистісних ресурсів та підтвердження наявності патоперсоналогічних трансформацій.

Згідно результатів дослідження типу РНХ за допомогою тестової методики ТОБОЛ у обстеженого контингенту виявлено наступні характеристики. Розподіл РНХ за структурою виявив наявність «чистих» (27 випадків, 26,5 %), «змішаних» (58 випадків, 56,9 %) та «дифузних» (17 випадків, 16,7 %) типів РНХ. Серед «чистих» типів переважали гармонійний (8 випадків, 7,8 %), дисфоричний (5 випадків, 4,9 %) та паранойальний (4 випадки, 3,9 %). Серед «змішаних» типів РНХ найбільш поширеними були ергопатично-анозогнозичний (17 випадків, 16,7 %), тривожно-егоцентричний (16 випадків, 15,7 %), егоцентрично-ергопатичний (8 випадків, 7,8 %), тривожно-дисфоричний (5 випадків, 4,9 %) та ергопатично-дисфоричний (4 випадки, 3,9 %).

В результаті дослідження невербальної поведінки у контингенту виявлено наступні особливості. Позиція тіла в сидячому положенні, що характерна ($p < 0,05$) для контингенту є «Поза агресії» – 21,6 % спостережень. Також найбільш поширеними елементами пози були «Агресивний випад головою» (18,6 % контингенту), «Обидві руки розміщені на стегні» (17,6 %), «Притупування ступнею» (12,7 % обстежених). Найбільш поширеними елементами міміки були «Фланш бровами» (51,0 % обстежених) «Пильний погляд в обличчя співбесідника» (29,4 % контингенту), «Посмішка» (62,7 %) , «Оскал» (20,6 %) та «Кусання губ» (11,8 %), амімія верхньої половини обличчя (7,8 %). Елементами жести, характерними для обстеженого контингенту були «Жестування» (14,7 %), «Кулак» (14,7 %) та «Аутогрумінг шиї» (11,8 % обстежених).

В результаті проведеного кластерного аналізу даних, 81 пацієнта, результати обстеження яких за усіма застосованими методиками були достовірними, розподілено на 5 кластерів. Базуючись на основі аналізу відстаней між центрами кластерів, було з'ясовано, що кластер 5 знаходиться на найменшій відстані від усіх інших кластерів. Цей факт свідчить, що показники клінічних випадків, віднесених до цього кластеру не мають певних чітких клінічних ознак і можуть бути охарактеризовані як «змішані». Отримані дані наведено в табл.1.

Таблиця 1 – Відстань між кластерами контингенту

	Кластер 1 (N = 17)	Кластер 2 (N = 14)	Кластер 3 (N = 21)	Кластер 4 (N = 13)	Кластер 5 (N = 16)
Кластер 1 (N = 17)	0	0,62	0,72	0,97	0,40
Кластер 2 (N = 14)	0,62	0	0,65	0,79	0,61
Кластер 3 (N = 21)	0,72	0,65	0	0,49	0,16
Кластер 4 (N = 13)	0,97	0,79	0,49	0	0,39
Кластер 5 (N = 16)	0,40	0,61	0,16	0,39	0

При подальшому аналізі отриманих даних було сформовано портрети 1 – 4 кластерів. До кластеру 1 («афективно-лабільний» тип ПпТ) було віднесено 17 осіб (20,1 % контингенту). Цей кластер характеризується нетривалим терміном захворювання ($p < 0,01$); низькими показниками тривалості перебування на стаціонарному лікуванні, кількості госпіталізації та відсотка госпіталізацій через соціальні чинники ($p < 0,01$); збереженням ($p < 0,01$) рівня трудової та сімейної адаптації; низькими ($p < 0,01$) показниками негативної симптоматики та загальних розладів за PANSS; невисоким рівнем невербальної агресії при соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); низькою частотою призначення лікування класичними нейролептиками ($p < 0,01$); високими показниками ($p < 0,01$) шкал 2 (Депресія), 3 (Емоційна лабільність) та 7 (Тривожність) СМДО; переважанням тривожного ($p < 0,01$) та егоцентричного ($p < 0,05$) типів РНХ; збереженістю нейрокогнітивних функцій ($p < 0,01$).

Визначальними характеристиками кластера 2 («паранойяльно-дистимічний» тип ПпТ), складеного 14 клінічними випадками (17,3 % обстежених), є нетривалий термін захворювання ($p < 0,01$); низький ($p < 0,01$) показник кількості госпіталізацій з помірним ($p < 0,01$) показником відсотка госпіталізацій через соціальні чинники; помірне ($p < 0,01$) зниження рівня трудової адаптації та помірний ($p < 0,01$) рівень інвалідації; помірне зниження рівня сімейної адаптації; відсутність ($p < 0,01$) призначень тригексифенідилу; високі ($p < 0,01$) показники продуктивної та помірно виражені ($p < 0,01$) негативні та загальні розлади за PANSS; високий рівень невербальної агресії при соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високі показниками ($p < 0,01$) за шкалами 1 (Надконтроль) та 4 (Імпульсивність) СМДО; переважанням ($p < 0,01$) паранойяльного та дисфоричного типів РНХ; порушеннями ($p < 0,01$) динамічного праксису і розуміння ситуативної мови та слів.

До ознак найчисельнішого (21 особа, 25,9% контингенту) кластеру 3 («істеро-агоністичний» тип ПпТ) відносяться: середня ($p < 0,01$) тривалість захворювання; значна кількість госпіталізацій та днів, проведених в стаціонарі ($p < 0,01$); помірна ($p < 0,01$) трудова та виражена ($p < 0,01$) сімейна дезадаптація; помірно виражені ($p < 0,01$) позитивні, негативні та загальні розлади за PANSS; високий рівень невербальної агресії при соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високі показниками ($p < 0,01$) за шкалами 4 (Імпульсивність), 8 (Індивідуалістичність) та 9 (Оптимізм та активність) СМДО; переважання ($p < 0,01$) ергопатичного і анозогнозичного типів РНХ та порушення конструктивного праксису ($p < 0,01$).

Ознаками кластеру 4 («нейрокогнітивно-дефіцитарний» тип ПпТ), у який було об'єднано 13 осіб (16,9 % контингенту), є наступні характеристики: найбільші ($p < 0,01$) показники тривалості захворювання, тривалості і кількості госпіталізацій в цілому та відсотка госпіталізацій через соціальні чинники; виражена ($p < 0,01$) трудова дезадаптація та найвищий ($p < 0,01$) рівень інвалідації; високий ($p < 0,01$) рівень прихильності до медикаментозного лікування та призначення типових нейролептиків та тригексифенідилу; атипові антипсихотики призначались лише в поодиноких випадках ($p < 0,05$); виражені ($p < 0,01$) негативні та загальні розлади за PANSS; помірний рівень невербальної агресії при соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високий ($p < 0,01$) показник шкали 8 (Індивідуалістичність) СМДО; переважання ($p < 0,05$) егоцентричного типу РНХ та порушення ($p < 0,01$) низки нейрокогнітивних функцій: розуміння ситуативної мови та слів, динамічного праксису, рахування та рішення простих задач, просторового орієнтування, відзеркаленої мови та розуміння логіко-граматичних структур.

Характеристики типів ПпТ при ШАР відображено на рис. 1 та рис. 2.

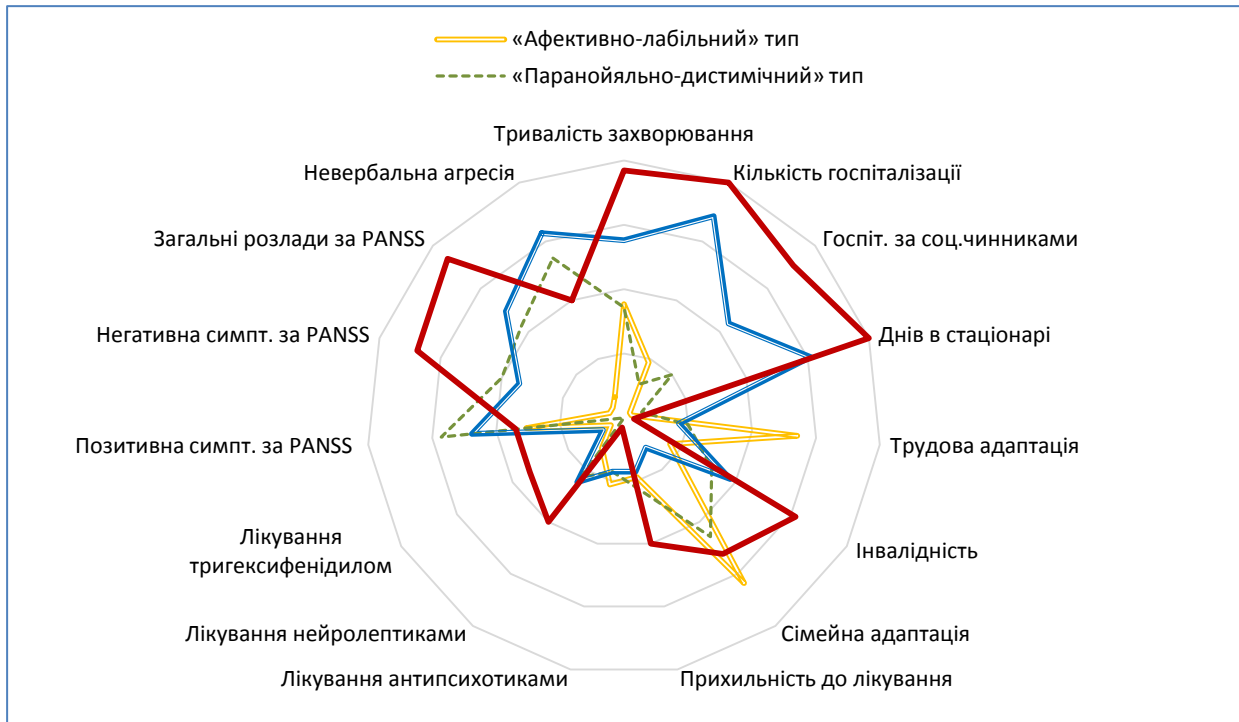


Рисунок 1 – Клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, медико-біологічні та медико-соціальні характеристики типів ПпТ при ШАР

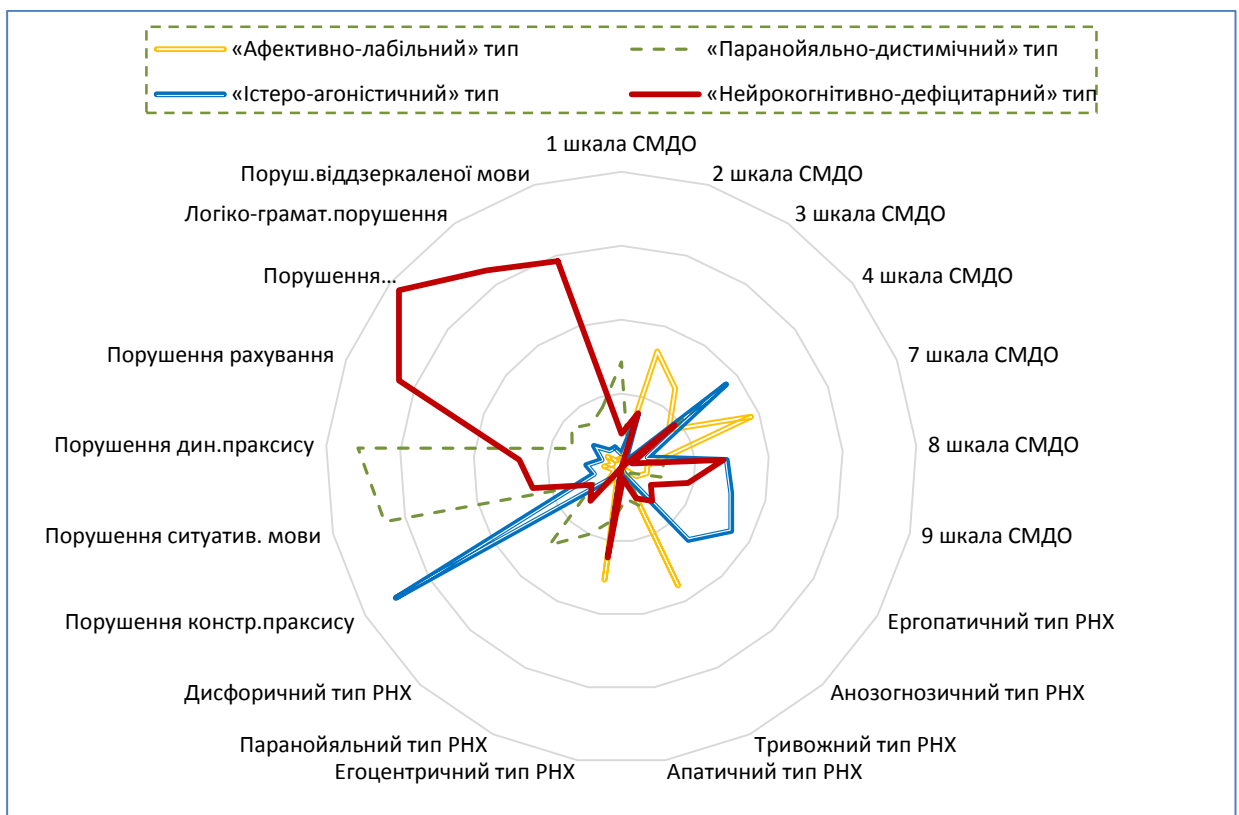


Рисунок 2 – Патопсихологічні особливості типів ПпТ при ШАР

Висновки

1. В результаті проведеного дослідження на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, патопсихологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії було встановлено типологію патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ШАР.

2. Встановлено наявність та частоту зустрічання 4-х основних типів ПпТ при ШАР («афективно-лабільний» (20,1 % контингенту), «паранойяльно-дистимічний» (17,3 %), «істеро-агоністичний» (25,9 %), «нейрокогнітивно-дефіцитарний» (16,9 %) та змішаний тип ПпТ (19,8 % контингенту)), які відрізняються за клініко-анамнестичними, клініко-психопатологічними, патопсихологічними та клініко-етологічними характеристиками та спричиняють соціальну (трудова та сімейну) дезадаптацію різного ступеня вираженості.

3. Виявлено, що при нетривалому терміні хвороби переважно ($p < 0,01$) відбувається формування «афективно-лабільного» та «паранойяльно-дистимічного» типів ПпТ, які характеризуються відносним збереженням рівня соціальної (трудова та сімейна) адаптації («афективно-лабільний»), або розвитком помірно ($p < 0,01$) вираженої соціальної дезадаптації («паранойяльно-дистимічний»). При збільшенні тривалості хвороби домінуючим типом ПпТ стає «істеро-агоністичний» (при якому поглиблюються ($p < 0,01$) явища сімейної і трудової дезадаптації, – та з подальшим плином хвороби трансфор-

мується в «нейрокогнітивно-дефіцитарний» тип ПпТ, ознаки якого включають найвищі ($p < 0,01$) показники тривалості і кількості госпіталізацій в цілому та відсотка госпіталізацій через соціальні чинники, виражену ($p < 0,01$) трудову дезадаптацію та найвищий ($p < 0,01$) рівень інвалідізації.

4. Клінічними характеристиками найбільш дезадаптуючого («нейрокогнітивно-дефіцитарного») типу ПпТ також є високий ($p < 0,01$) рівень прихильності до медикаментозного лікування та прийом типових нейролептиків та тригексифенідилу; виражені ($p < 0,01$) негативні та загальні розлади за PANSS; помірний рівень невербальної агресії при соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високий ($p < 0,01$) показник шкали 8 (Індивідуалістичність) СМДО; переважання ($p < 0,05$) егоцентричного типу РНХ та порушення ($p < 0,01$) низки нейрокогнітивних функцій: розуміння ситуативної мови та слів, динамічного праксису, рахування та рішення простих задач, просторового орієнтування, віддзеркаленої мови та розуміння логіко-граматичних структур.

5. Встановлені в результаті дослідження окремі клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, патопсихологічні та клініко-етологічні ознаки можуть бути використані при визначенні типу ПпТ та його ступеня вираженості у хворих на ШАР та, відповідно явились мішенями для формування комплексу заходів МСР і оцінки їх ефективності в динаміці.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Хоміцький Микола Євгенович, канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет. пр. Маяковського, 26, 69035, м. Запоріжжя, Україна, тел.: (066) 7205343, e-mail: nhomitski@ukr.net.

ORCID iD 0000-0002-8622-6718.

References (список літератури)

1. Kuznezova SL, Kozubinsky AP, Petrova NN. Functional biopsychological assessment of patients with endogenous mental disorders based on functional diagnosis: comprehensive diagnostic approach. Part 2. *Med. psihol. Ross.* 2018; vol. 10, no. 6, p. 6. [in Russian] doi: 10.24411/2219-8245-2018-16060
2. Wilson JE, Nian H, & Heckers S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2014; 264(1), 29–34. doi: 10.1007/s00406-013-0410-7
3. Chugunov VV, Kireeva, EN. Mediko-psihologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo

- epizoda rekurentnogo depressivnogo rasstrojstva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*. 2014; 3, 71–76. [in Russian]. doi: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035>
4. Kay SR, Fiszbein A & Opler LA. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin (Oxford)*, 13(2), 261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261
 5. Vasserman LI, Dorofeeva SA, Meerson YaA *Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki. Prakticheskoe rukovodstvo* [Methods of neuropsychological diagnosis. A Practical Guide]. Saint-Petersburg: Stroilespechat' Publ, 1997. 198 p.
 6. Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks AYa *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei* [Psychological assessment of attitude toward disease]. St.Petersburg.: Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2005. 32 p.
 7. Sobchik LN. *Standartizirovanny mnogofaktornyy metod issledovaniya lichnosti SMIL*. [Standardized multifactorial method of studying personality SMIL]. SPb.: Rech' Publ., 2000. – 219 p. ISBN 5-9268-0033-1.
 8. Samokhvalov VP, & Samokhvalova OE. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*, 2, 2011. pp. 121–164. doi: 10.1007/978-94-007-0831-0_6

(received 28.02.2020, published online 29.03.2020)

(одержано 28.02.2020, опубліковано 29.03.2020)