

*М. Є. Хоміцький*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХОЗИ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ  
В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ**

*Н. Е. Хоміцький*

**Клинико-психопатологические и медико-социальные характеристики больных эндогенными психозами с эпизодическим течением в контексте постманифестных патоперсоналогических трансформаций**

*М. Ye. Khomitskyi*

**Clinical-psychopathological and medical-social characteristics of patients with endogenous psychoses with an episodic course in the context of post-manifestation pathopersonological transformations**

Визначення нозологічної належності окремого клінічного випадку в групі ендегенних психозів — вирішальний фактор адекватної психофармакотерапії. Клінічні аспекти постманифестних патоперсоналогічних трансформацій ендегенних психозів з епізодичним перебігом залишаються найменш дослідженими і потребують вивчення для підвищення якості диференціальної діагностики, лікування і реабілітації.

Мета дослідження: на ґрунті порівняльного аналізу клініко-психопатологічних, клініко-катамнестичних та медико-соціальних характеристик ендегенних психозів з епізодичним перебігом виявити нозоспецифічні ознаки постманифестних патоперсоналогічних трансформацій.

На базі КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР було обстежено 312 пацієнтів, серед яких — 102 пацієнти з афективними розладами; 102 пацієнти, які хворіють на шизоафективний розлад, і 108 пацієнтів з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу». Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, клініко-анамнестичний і медико-соціальний, а також медико-статистичний аналіз.

Проведене дослідження виявило ознаки і нозоспецифічні відмінності показників соціальної (трудова і сімейна) дезадаптації, а також позитивні, негативні і загальні психопатологічні розлади (за PANSS), що підтверджують наявність постманифестних патоперсоналогічних трансформацій.

В групі періодичних ендегенних психозів патоперсоналогічні трансформації при шизоафективному розладі характеризуються найбільш складною структурою і є нозоспецифічним маркером. Подальші дослідження ремісій/інтермісій при ендегенних психозах відкривають можливості розробки диференціально-діагностичної системи й алгоритмів надання персоналізованої лікувально-реабілітаційної допомоги.

**Ключові слова:** шизоафективний розлад, афективні розлади, шизофренія, клініка, соціальна дезадаптація, диференціальна діагностика, патоперсоналогічні трансформації

Определение нозологической принадлежности отдельного клинического случая в группе эндогенных психозов — решающий фактор адекватной психофармакотерапии. Клинические аспекты постманифестных патоперсоналогических трансформаций эндогенных психозов с эпизодическим течением остаются наименее исследованными и требуют изучения для повышения качества дифференциальной диагностики, лечения и реабилитации.

Цель исследования: на основе сравнительного анализа клинико-психопатологических, клинико-катамнестических и медико-социальных характеристик эндогенных психозов с эпизодическим течением выявить нозоспецифические признаки постманифестных патоперсоналогических трансформаций.

На базе КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС было обследовано 312 пациентов, среди которых — 102 пациента с афективными расстройствами; 102 пациента, страдающих шизоаффективным расстройством, и 108 пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения». Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-анамнестический и медико-социальный, а также медико-статистический анализ.

Проведенное исследование выявило признаки и нозоспецифические отличия показателей социальной (трудова и семейна) дезадаптации, а также позитивные, негативные и общие психопатологические расстройства (по PANSS), подтверждающие наличие постманифестных патоперсоналогических трансформаций.

В группе эндогенных психозов с эпизодическим течением патоперсоналогические трансформации при шизоаффективном расстройстве характеризуются наиболее сложной структурой и являются нозоспецифическим маркером. Дальнейшие исследования ремиссий/интермиссий при эндогенных психозах открывают возможности разработки дифференциально-диагностической системы и алгоритмов оказания персонализированной лечебно-реабилитационной помощи.

**Ключевые слова:** шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, шизофрения, клиника, социальная дезадаптация, дифференциальная диагностика, патоперсоналогические трансформации

The determination of the nosological affiliation of a separate clinical case in the group of endogenous psychoses is a decisive factor in adequate psychopharmacotherapy. The clinical aspects of post-manifestation pathopersonological transformations of endogenous psychosis with an episodic course remain the least studied and require study to improve the quality of differential diagnosis, treatment and rehabilitation.

The aim of this study was to conduct a comparative analysis of personal characteristics, types of attitude toward the disease and adaptability of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder.

On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia, Ukraine), 312 patients were examined, among them 102 patients with affective disorders; 102 patients suffering from schizoaffective disorder and 108 patients diagnosed with schizophrenia, paranoid form, episodic course. The main research methods were clinical-psychopathological, clinical-follow-up, clinical-anamnestic and medical-social, as well as medical-statistical analysis.

The study revealed signs and nosospecific differences in indicators of social (labor and family) maladjustment, as well as positive, negative and general psychopathological disorders (according to PANSS) in endogenous psychoses with an episodic course, confirming the presence of post-manifestation pathopersonological transformations.

In the group of endogenous psychosis with an episodic course, pathopersonological transformations in schizoaffective disorder are characterized by the most complex structure and are a nosospecific marker. Further studies of remission/intermission in endogenous psychosis open up the possibility of developing a differential diagnostic system and algorithms for providing personalized medical and rehabilitation care.

**Keywords:** schizoaffective disorder, affective disorders, schizophrenia, clinic, social maladjustment, differential diagnosis, pathopersonological transformations

Визначення нозологічної належності окремого клінічного випадку в групі ендегенних психозів з епізодичним перебігом є надзвичайно актуальним завданням сучасної психіатрії, з огляду на патоморфоз психічних захворювань та тенденцію до трансформації уявлень про систематику та типологію [1—4]. Вирішальним фактором адекватної психофармакотерапії ендегенних психозів як в період загострення, так і в період ремісії, є чітке нозологічне розрізнення шизофренії, шизоафективного розладу та афективних розладів (до яких належать біполярний афективний та рекурентний депресивний розлади) [1—5].

Протягом останніх ста років нозологічна самостійність шизоафективного психозу неодноразово піддавалась сумніву, що знайшло віддзеркалення в діагностичних підходах та класифікаціях [2, 3, 5, 7]. Шизоафективний розлад в діагностичному аспекті і в теперішній час залишається однією з найбільш суперечливих категорій в психіатрії. Визначення цього захворювання як «діагностичного парадокса» та «хреста дослідників функціональних психозів» зберігає свою актуальність дотепер [6, 7].

Діагностичні моделі, які застосовують при ендегенних психозах з епізодичним перебігом, більшою мірою орієнтовані на симптоматику екзацербачії захворювання, яка є поліморфною та характеризується високодинамічним синдромкінезом. Слід пам'ятати, що ще Е. Краєрелін під час проведення діагностики психозів рекомендував брати до уваги не одну з ознак, а сукупну характеристику усієї семіотики та динаміку захворювання [8].

Клінічні аспекти ремісій шизоафективного розладу (ШАР) та афективного розладу (АР), а саме постманіфестні патоперсоналогічні трансформації, залишаються найменш дослідженими та потребують вивчення з огляду на необхідність чіткого диференціювання зазначених психопатологій від інших нозологічних одиниць [9]. Дослідження патоперсоналогічного аспекту станів ремісії/інтермісії при ендегенних психозах з епізодичним перебігом надасть можливість розробити диференціально-діагностичної системи, що буде базуватися на оцінюванні нозоспецифічних маркерів патоперсоналогічних трансформацій, а надалі — алгоритмів надання персоналізованої лікувально-реабілітаційної допомоги.

Мета дослідження: на ґрунті порівняльного аналізу клініко-психопатологічних, клініко-катамнестичних та медико-соціальних характеристик ендегенних психозів з епізодичним перебігом виявити нозоспецифічні ознаки постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій.

На базі КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР було обстежено 312 пацієнтів, серед яких — 102 пацієнти з афективними розладами (група 1), до якої залучено 53 пацієнти з рекурентним депресивним розладом та 49 пацієнтів з біполярним афективним розладом (БАР); 102 особи, що хворіють на шизоафективний розлад (група 2) та 108 пацієнтів з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу» (група 3). Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Обов'язковим критерієм включення до вибірки був стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології.

Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, клініко-анамнестичний та медико-соціальний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження, а також для оцінювання стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [9].

Клініко-катамнестичний метод охоплював аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збирання даних під час опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано за допомогою поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Статистичний аналіз було проведено методами клінічної, дескриптивної, математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP и SPSS 10.0.5 for Windows. Статистичні відмінності між групами було розраховано з використанням *t*-критерію Стьюдента та методу аналізу чотирьохпольних таблиць із обчисленням непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона  $\chi^2$ , критерій Пірсона  $\chi^2$  з поправкою Йейтса, критерій Стьюдента *t*) з поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп.

Під час оцінювання клініко-катамнестичних характеристик перебігу захворювання отримано такі результати (табл. 1). За період від початку хвороби до моменту обстеження пацієнти неодноразово проходили стаціонарне лікування (в середньому у виборці  $8,3 \pm 5,9$  разів). Цей показник в групі 2 дорівнював  $11,9 \pm 6,8$  і статистично вірогідно ( $p < 0,01$ ) перевищував аналогічні показники у групах 1 та 3 ( $6,9 \pm 5,0$  та  $6,3 \pm 3,8$  разів відповідно).

Надалі під час ретроспективного аналізу причин госпіталізації з'ясовано, що загалом у вибірці у 11,3 % випадків звернення за стаціонарним лікуванням більшою мірою було обґрунтовано соціально-побутовими чинниками: конфлікти з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізація або наркотизація; матеріально-побутові проблеми. Показник госпіталізацій через соціальні чинники в групі 2 дорівнював 15,4 % та перевищував ( $p < 0,01$ ) відповідні показники в 1 і 3 групах (5,0 % та 10,5 %) (див. табл. 1).

Таблиця 1. Клініко-катамнестичні характеристики перебігу захворювання в групах

| Ознака   | Група 1<br>(n = 102) | Група 2<br>(n = 102) | Група 3<br>(n = 108) | Загалом<br>(n = 312) |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Тривалість захворювання, роки                        | 14,4 ± 8,6           | 16,8 ± 8,3           | 13,5 ± 8,1           | 14,9 ± 8,4           |
| Вік початку захворювання, роки                       | 33,5 ± 10,3          | 28,2 ± 7,6           | 25,5 ± 6,3           | 29,0 ± 8,8           |
| Кількість госпіталізацій, рази                       | 6,9 ± 5,0            | 11,9 ± 6,8**         | 6,3 ± 3,8            | 8,3 ± 5,9            |
| Госпіталізації, пов'язані з соціальними чинниками, % | 5,0                  | 15,4**               | 10,5                 | 11,3                 |

Примітки: \*\* — ознаки з вірогідними відмінностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3-ї груп з рівнем статистичної вірогідності  $p < 0,01$

При множинному порівнянні контингентів за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації отримано такі результати (табл. 2). Оцінка рівня освіти між групами порівняння статистично значущих відмінностей не виявила. У групах 2 та 3 осіб, що не працюють, було більше (68,6 % та 69,4 % відповідно,  $p < 0,01$ ), ніж у групі 1 (45,1 %). Серед осіб, що працюють, контингенти груп 2 та 3 мали менший ( $p < 0,05$ ) показник працевлаштування на посадах, пов'язаних з виконанням кваліфікованої та розумової праці, ніж контингент групи 1. Оцінювання показників стійкого зниження або повної втрати працездатності дало такі результати. Серед пацієнтів групи 3 була найбільша частка інвалідів II групи ( $p < 0,05$ ) — цей показник становив 27,1 %. Група 1 мала найвищий ( $p < 0,05$ ) показник збереження працездатності. Пацієнтів, які не є інвалідами, в цій групі було 43,3 %.

Таблиця 2. Розподіл контингентів за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації

| Ознака             | Група 1<br>(N = 102)    |           | Група 2<br>(N = 102) |           | Група 3<br>(N = 108) |          |
|--------------------|-------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|----------|
|                    | Число                   | Відсоток  | Число                | Відсоток  | Число                | Відсоток |
| Освіта             | Середня                 | 17 16,7   | 23 22,5              | 6 24,1    |                      |          |
|                    | Середня спеціальна      | 51 50,0   | 42 41,2              | 51 47,2   |                      |          |
|                    | Вища                    | 34 33,3   | 37 36,3              | 31 28,7   |                      |          |
| Працевлаштованість | Не працюють             | 46 45,1** | 70 68,6              | 75 69,4   |                      |          |
|                    | Малокваліфікована праця | 17 16,7   | 18 17,6              | 17 15,7   |                      |          |
|                    | Кваліфікована праця     | 22 21,6*  | 8 7,8                | 10 9,3    |                      |          |
|                    | Розумова праця          | 17 16,7*  | 6 5,9                | 6 5,6     |                      |          |
| Інвалідність       | Не має                  | 45 43,3*  | 26 23,5              | 21 14,6   |                      |          |
|                    | III група               | 41 38,8   | 58 56,8              | 58 58,3   |                      |          |
|                    | II група                | 16 17,9   | 18 19,8              | 29 27,1*  |                      |          |
| Сімейний стан      | Не були одружені        | 17 16,7   | 24 23,5              | 48 47,1** |                      |          |
|                    | Розлучені               | 28 27,5   | 41 40,2              | 30 29,4   |                      |          |
|                    | Одружені                | 57 55,9*  | 37 36,3              | 30 29,4   |                      |          |

Примітка. При множинному порівнянні 1, 2 і 3-ї груп відмінності вірогідні, з рівнем статистичної вірогідності: \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$

Згідно з результатами, які отримано під час оцінювання сімейного стану, в групі 3 частка осіб, що ніколи не були одружені, набагато (у 2 рази і більше) перевищувала відповідний показник у групах 1 і 2. Цей показник у 3-й групі дорівнював 47,1 %, а в групах 1 та 2 — 16,7 % та 23,5 % відповідно. В групі 1 виявлено більшу ( $p < 0,05$ ), ніж в групах 2 та 3, частку пацієнтів, які перебувають у шлюбі (55,9 %, 36,3 % та 29,4 % відповідно) (див. табл. 2).

Згідно з результатами порівняльного аналізу показників вираженості психопатологічної симптоматики за PANSS, було виявлено статистично вірогідні відмінності між усіма групами порівняння за загальною сумою балів: 40,81 ± 11,01, 49,25 ± 11,61, 64,06 ± 14,32 у 1-й, 2-й та 3-й групах відповідно ( $p < 0,01$  з урахуван-

ням поправки Бонферроні). Також вірогідні відмінності між групами порівняння виявлено за субшкалами позитивної, негативної симптоматики та субшкалою загальних розладів ( $p < 0,01$  з урахуванням поправки Бонферроні). Для субшкали позитивної симптоматики показники у 1-й, 2-й та 3-й групах становили 9,21 ± 2,74, 11,21 ± 2,93 та 13,32 ± 3,09 балів відповідно. За субшкалою негативної симптоматики показники для 1-й, 2-й та 3-й групи дорівнювали 9,46 ± 3,10, 12,06 ± 3,21 та 17,96 ± 5,07 балів відповідно. Для субшкали загальних розладів показники для 1-й, 2-й та 3-й групи становили 22,15 ± 6,27, 25,99 ± 6,70 та 32,77 ± 7,82 балів відповідно.

Під час порівняльного аналізу показників окремих ознак субшкали негативної симптоматики було виявлено статистично значущі відмінності ( $p < 0,01$  з урахуванням поправки Бонферроні) між усіма групами за P2 (Концептуальна дезорганізація): група 3 (2,70 ± 0,98) > група 2 (1,64 ± 0,66) > група 1 (1,40 ± 0,62) та P6 (Підозрілість): група 3 (2,19 ± 0,93) > група 2 (1,74 ± 0,88) > група 1 (1,31 ± 0,78). Відмінності групи 2 полягали у статистично значущому переважанні ( $p < 0,05$  з урахуванням поправки Бонферроні) показників P4 (Збудливість) та P5 (Ідеї величі). За P4 цей показник у 1-й, 2-й та 3-й групі становив 1,46 ± 0,86, 1,84 ± 0,93 та 1,54 ± 0,78 балів відповідно, за P5 — відповідно 1,30 ± 0,80, 1,88 ± 0,92 та 1,59 ± 0,79 балів.

Результати порівняльного аналізу складових частин субшкали негативної симптоматики свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між усіма групами порівняння та збільшення показників у напрямку група 1 → група 2 → група 3. Зокрема, за шкалою N1 (Сплощення афекту) показник для групи 1 становив 1,41 ± 0,75 балів; для групи 2 — 1,98 ± 0,74 бали; для групи 3 — 3,08 ± 1,29 балів ( $p < 0,01$  з урахуванням поправки Бонферроні). За N2 (Зниження емоційної залученості) показники становили 1,34 ± 0,77, 1,88 ± 0,76 та 2,75 ± 1,03 бали відповідно ( $p < 0,01$ ). За N3 (Зниження комунікабельності) — відповідно 1,30 ± 0,56; 1,57 ± 0,59; 2,67 ± 1,07 балів ( $p < 0,01$ ). За N4 (Пасивна/апатична соціальна самоізоляція) — відповідно 1,14 ± 0,74; 1,60 ± 0,84 та 2,83 ± 0,60 балів ( $p < 0,01$ ). За N5 (Порушення абстрактного мислення) рівень порушень досягав 1,37 ± 0,83; 1,77 ± 0,87; 2,15 ± 1,17 балів ( $p < 0,05$ ) відповідно.

Показники окремих складових частин субшкали загальних розладів також відображали тенденцію: група 1 < група 2 < група 3 ( $p < 0,01$  з урахуванням поправки Бонферроні). Зокрема, відповідно у групах 1, 2, 3 за G5 (Манерність) показники становили 1,37 ± 0,73; 1,71 ± 0,79; 2,31 ± 0,90 балів; за G8 (Відмова від взаємодії (негативізм)) — 1,13 ± 0,63; 1,51 ± 0,70; 2,02 ± 0,85 балів; G9 (Незвичайний зміст мислення) — 1,38 ± 0,72; 1,78 ± 0,75; 2,31 ± 0,83 бали; за G12 (Порушення критики) — 1,72 ± 0,86; 2,67 ± 0,76; 3,16 ± 1,09 балів; G13 (Порушення волі) — 1,23 ± 0,64; 1,60 ± 0,69; 2,75 ± 1,09 балів; та за G15 (Аутизація) — 1,19 ± 0,76; 1,72 ± 0,80; 2,71 ± 1,09 балів.

Отримані результати свідчать про наявність у пацієнтів з періодичними ендogenous психозами в періоді ремісії стійкої дифузної психопатологічної симптоматики (позитивної, негативної та загальних розладів), вираженість якої відрізняється залежно від нозологічної належності та збільшується у напрямку: AP → ШАР → шизофренія. Вищезначена тенденція до зростання вираженості психопатологічних розладів



більш чітко визначається за субшкалами негативних та загальних розладів. З огляду на наявність певного континууму вираженості психопатологічних розладів найбільш складності нозологічного диференціювання виникають під час діагностики шизоафективного розладу.

Результати дослідження дозволили дійти таких висновків.

У дослідженні проведено порівняльний аналіз клініко-психопатологічних, клініко-катамнестичних та медико-соціальних характеристик станів ремісії/інтермісії при ендogenous психозах з епізодичним перебігом і виявлено ознаки та нозоспецифічні відмінності показників соціальної (зокрема трудової та сімейної) дезадаптації, а також позитивні, негативні та загальні психопатологічні розлади (за PANSS), що є ознаками постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій.

Пацієнти з ШАР частіше ( $p < 0,01$ ) проходять курси лікування в стаціонарі ( $11,9 \pm 6,8$  разів), ніж хворі на АР ( $6,9 \pm 5,0$ ) та шизофренію ( $6,3 \pm 3,8$  разів). При ШАР соціальні чинники частіше ( $p < 0,01$ ) стають причиною регоспіталізацій, ніж при АР та шизофренії (15,4 %, 5,0 % та 10,5 % відповідно). Високий рівень регоспіталізацій при ШАР та їх зв'язок з соціальними чинниками є наслідком постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та низької ефективності лікувально-реабілітаційних впливів, які застосовують при ШАР в періоді ремісії.

Шизофренія та ШАР характеризуються більш вираженим негативним впливом на рівень трудової адаптації, ніж АР. Це підтверджується більшою ( $p < 0,01$ ) часткою осіб, які не є працевлаштованими; меншою ( $p < 0,05$ ) часткою осіб, які працюють на посадах, пов'язаних з виконанням кваліфікованої (21,6 % при АР, 7,8 % при ШАР та 9,3 % при шизофренії) та розумової (16,7 %, 5,9 % та 5,6 % відповідних контингентів) праці; більшою часткою ( $p < 0,05$ ) осіб з повною втратою працездатності (інвалідність II групи у 27,1 % контингенту). При шизофренії сімейна дезадаптація є найбільш вираженою, що підтверджується більшою ( $p < 0,01$ ), ніж при АР та ШАР, часткою пацієнтів, які ніколи не були одружені (47,1 %, 16,7 % та 23,5 % відповідно). АР характеризуються високим рівнем сімейної адаптації порівняно з ШАР та шизофренією, що підтверджується більшою ( $p < 0,05$ ) часткою пацієнтів, які перебувають у шлюбі (55,9 %, 36,3 % та 29,4 % відповідно).

Зафіксовано збільшення ступеня вираженості психопатологічних порушень за субшкалами позитивних, негативних та загальних розладів PANSS у напрямку АР → ШАР → шизофренія ( $p < 0,01$ ). Рівень порушень за окремими показниками субшкали позитивних розладів Р4 (Збудливість) та Р5 (Ідеї величі) при ШАР становив  $1,88 \pm 0,92$  та  $1,92 \pm 0,92$  бали і перевищив ( $p < 0,05$ ) відповідні показники при АР ( $1,45 \pm 0,84$  і  $1,31 \pm 0,78$  балів) та шизофренії ( $1,51 \pm 0,75$  і  $1,59 \pm 0,80$  балів).

Поліморфізм, стійкість та невисокий рівень вираженості (досягає показника 4 бали за окремими ознаками лише в поодиноких випадках) позитивних, негативних та загальних психопатологічних розладів за PANSS в періоді ремісії/інтермісії ендogenous психозів дозволяють кваліфікувати їх як ознаки наявних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій. Настітками вищезазначених змін є зниження рівня трудової та сімейної адаптації, а також регоспіталізації, пов'язані з соціальними чинниками.

В групі періодичних ендogenous психозів патоперсоналогічні трансформації при шизоафективному розладі характеризуються найбільш складною структурою і є маркером нозоспецифічної патогномонічності психопатологічних порушень.

Подальші дослідження ремісій/інтермісій при ендogenous психозах з використанням клініко-психопатологічного, клініко-етологічного, медико-соціального, нейропсихологічного та медико-психологічного методів відкривають можливості розроблення диференціально-діагностичної системи, яка базувалася б на оцінюванні нозоспецифічних маркерів патоперсоналогічних трансформацій, а надалі — алгоритмів надання персоналізованої лікувально-реабілітаційної допомоги.

#### Список літератури

1. Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: A 10-year follow-up study in the OPUS cohort / Austin S. F., Mors O., Budtz-Jorgensen E. [et al.] // Schizophrenia Research. 2015. Vol. 168. P. 84—91. DOI: 10.1016/j.schres.2015.07.021.
2. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / Murru A., Manchia M., Tusconi M. [et al.] // Bipolar Disorder. 2016. Vol. 18(1). P. 78—80. DOI: 10.1111/bdi.12366.
3. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression — a systematic review and meta-analysis / [Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C.] // Ibid. 2015. Vol. 17(7). P. 753—768. DOI: 10.1111/bdi.12340.
4. Марута Н. О., Ярославцев С. О. Шизофренія с коморбидними психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) // Медицинская психология. 2015. № 4. С. 46—50.
5. Long-term outcome of schizoaffective disorder. Are there any differences with respect to schizophrenia? / Pinna F., Sanna L., Perra V. [et al.] ; Cagliari Recovery Study Group // Rivista di Psichiatria. 2014. Vol. 49 (1). P. 41—49. DOI: 10.1708/1407.15624.
6. Wilson J. E., Nian H., Heckers S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2014. Vol. 264(1). P. 29—34. DOI: 10.1007/s00406-013-0410-7.
7. Pethö B. Concepts of Schizo-affective psychoses. History, construct validity and some empirical data // Psychiatry Clin. 1983. Vol. 16 (2—4). P. 71—86. PMID: 6622738.
8. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Эмиль Крепелин ; пер. с 8-го нем. перераб. изд. врачей Покровской Земской Психиатрической больницы Галунова, Ивенсена, Тартаковского и Цветаева. Т. 1. Москва, 1910. 468 с.
9. Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендogenous психозів у станах ремісії/інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз) // Запорізький медичний журнал. 2018. Т. 20, № 5(110). С. 696—700.

Надійшла до редакції 27.09.2019 р.

**ХОМІЦЬКИЙ Микола Євгенович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: nhomitski@ukr.net

**KNOMITSKYI Mykola**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: nhomitski@ukr.net