

Психопатологичні прояви ендогенних психозів у станах ремісії/інтермісії як предиспозиційний фактор персонологічних трансформацій (компаративний аналіз)

М. Є. Хоміцький

Запорізький державний медичний університет, Україна

Ключові слова:
шизофренія,
шизоафективний
розлад, афективні
розлади,
диференційна
діагностика,
компаративний
аналіз.

Запорізький
медичний
журнал. – 2018. –
Т. 20, № 5(110). –
С. 696–700

DOI:
10.14739/2310-1210.
2018.5.141541

E-mail:
nhomitsky@gmail.com

Диференційна діагностика ендогенних епізодичних психозів – надзвичайно актуальне завдання сучасної психіатричної теорії та практики з огляду на наявний патоморфоз психічних захворювань і тенденцію останніх років до неухильного розширення, трансформації уявлень про систематику та типологію. Встановлення правильного діагнозу вже на початку ендогенного захворювання є визначальним фактором адекватності та успішності наступних терапевтичних і соціально-реабілітаційних заходів, від яких залежить медико-соціальний прогноз та якість життя пацієнтів.

Мета роботи – компаративний аналіз клініко-психопатологічних характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на шизофренію, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР).

Матеріали та методи. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежили 49 пацієнтів, які страждають на АР (31 пацієнт з діагнозом біполярний афективний розлад і 18 осіб із діагнозом рекурентний депресивний розлад), 76 пацієнтів із встановленим діагнозом шизоафективний розлад, 96 пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженим афективним компонентом. Обов'язковим критерієм включення у вибірку для обох груп був стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики. Основні методи дослідження: клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний, медико-статистичний аналіз.

Результати. Результати показали наявність у пацієнтів із періодичними ендогенними психозами у стані ремісії негативних, загальних і продуктивних розладів, що належать до патоперсонологічних трансформацій. Нозоспецифічне зростання ступеня вираженості патоперсонологічних трансформацій зафіксовано в напрямі АР–ШАР–шизофренія. Наявна невідповідність цій тенденції (збільшення вираженості психопатологічної симптоматики у напрямі АР–ШАР–шизофренія) за окремими показниками субшкали позитивних розладів (Р4 (Збудливість) та Р5 (Ідеї величії)). Профіль патоперсонологічних трансформацій при ШАР має найскладнішу структуру у групі періодичних ендогенних психозів.

Висновки. Вивчення стійких патоперсонологічних трансформацій зазначених контингентів сприятиме підвищенню точності диференційної діагностики у групі періодичних ендогенних психозів, призводячи до поліпшення ефективності здійснюваних лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключевые слова:
шизофрения,
шизоаффективное
расстройство,
аффективные
расстройства,
дифференциальная
диагностика,
компаративный
анализ.

Запорожский
медический
журнал. – 2018. –
Т. 20, № 5(110). –
С. 696–700

Психопатологические проявления эндогенных психозов в состоянии ремиссии/интермиссии как предиспозиционный фактор персонологических трансформаций (компаративный анализ)

Н. Е. Хомицкий

Дифференциальная диагностика эндогенных периодических психозов представляет собой чрезвычайно актуальную задачу современной психиатрической теории и практики ввиду патоморфоза психических заболеваний и тенденции последних лет к неуклонному расширению и трансформации представлений про систематику и типологию. Установление правильного диагноза уже в начале эндогенного заболевания – определяющий фактор адекватности и успешности дальнейших терапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, от которых зависит медико-социальный прогноз и качество жизни пациентов.

Цель работы – компаративный анализ клинико-психопатологических характеристик состояний ремиссии у пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и аффективными расстройствами (АР).

Материалы и методы. На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС обследовали 49 пациентов, страдающих АР (31 пациент с диагнозом биполярное аффективное расстройство и 18 больных с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство), 76 пациентов с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство, 96 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, эпизодическое течение, у которых структура эпизодов болезни отличалась выраженным аффективным компонентом. Обязательный критерий включения в выборку – состояние клинической ремиссии с редукцией психотической симптоматики. Основные методы исследования: клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, медико-статистический анализ.

Результаты. Результаты позволили установить наличие у пациентов с периодическими психозами в состоянии ремиссии негативных, общих и продуктивных расстройств, которые относятся к патоперсонологическим трансформациям. Нозоспецифическое увеличение степени выраженности патоперсонологических трансформаций зафиксировано в направлении АР–ШАР–шизофрения. Имеет место несоответствие этой тенденции (возрастание выраженности психопатологической симптоматики в направлении АР–ШАР–шизофрения) по отдельным показателям субшкалы позитивных расстройств (Р4 (Возбудимость) и Р5 (Идеи величия)). Профиль патоперсонологических трансформаций при ШАР в группе периодических эндогенных психозов имеет наиболее сложную структуру.

Выводы. Изучение стойких патоперсонологических трансформаций указанных контингентов будет способствовать повышению точности дифференциальной диагностики в группе периодических эндогенных психозов и приведет к повышению эффективности осуществляемых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Psychopathological manifestations of endogenous psychoses in remission / intermission state as a predisposal factor to personological transformations (comparative analysis)

M. Ye. Khomitskyi

Differential diagnosis of endogenous episodic psychoses is an extremely important task of modern psychiatric theory and practice in view of the existing pathomorphosis of mental illness and tendency of the recent years to steady expansion and transformation of ideas about taxonomy and typology. To make the correct diagnosis at the onset of endogenous illness is a significant factor for adequate and successful further therapeutic and social rehabilitation measures, which determine the medical and social prognosis and the quality of patients' life.

The aim of this study was a comparative analysis of the clinical and psychopathological characteristics of remission states in patients suffering from schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD).

Contingents and methods. 49 patients suffering from AD (31 patients were diagnosed with bipolar affective disorder and 18 – with recurrent depressive disorder), 76 patients with diagnosis of schizoaffective disorder and 96 patients – paranoid schizophrenia, episodic type of course were examined on the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia). The structure of the disease episodes was characterized by a pronounced affective component in all studied patients. The mandatory inclusion criterion for both groups was the state of clinical remission with psychotic symptoms reduction. The main methods of examination were clinical-catamnestic and clinical-psychopathological as well as medical-statistical analysis.

Results. The obtained results allowed to reveal the presence of negative, general and productive disorders in patients with periodic endogenous psychoses in the state of remission, which are related to pathopersonological transformations. Nosologically specific increase in pathopersonological transformations severity was recorded in the AD-SAD-schizophrenia direction. There was a discrepancy between the aforementioned tendency (the increase in psychopathological symptoms severity in the AD-SAD-schizophrenia direction) and some indicators of positive disorders subscale (P4 (Excitement) and P5 (Grandiosity)). The profile of pathopersonological transformations in SAD had the most complex structure in the group of periodic endogenous psychoses.

Conclusions. The study of stable pathopersonological transformations of these contingents would help to increase the accuracy of differential diagnosis in the group of periodic endogenous psychoses, leading to enhanced efficiency of the treatment and rehabilitation measures undertaken.

Key words:

schizophrenia, schizoaffective disorder, affective disorders, differential diagnosis, comparative analysis.

Zaporozhye

medical journal
2018; 20 (5), 696–700

Сучасна психіатрична клініка демонструє тенденцію до стандартизації фармакотерапевтичних підходів до лікування психічно хворих [1,3]. Цей напрям терапії, починаючи з середини ХХ сторіччя, став парадигмою психіатричної допомоги, дав клініці універсальні інструменти для подолання продуктивних психопатологічних проявів. Нині нівелювання психомоторних і поведінкових, афективних і маячних розладів де-факто є питанням підбору конгруентної комбінації фармакологічних факторів. Втім, проблема терапевтичної корекції негативної симптоматики, що є ідентифікуючою щодо найскладнішої групи розладів – психопатології ендогенного спектра, не має конгруентного вирішення [8,11].

Окрім терапевтичних труднощів, ця група психічних розладів в умовах відсутності даних щодо патогенетичних механізмів і параклінічних корелятивів, формує диференційно-діагностичну проблематику як у контексті розрізнення із розладами іншого генезу, так і всередині ендогенного кластера психопатології [2,4,5]. Як наслідок терапевтичного патоморфозу, в умовах ініціального призначення фармакологічних препаратів, що ефективно ліквідують порушення сприйняття, гострі афективні та маячні розлади, клінічна диференціація, котра є єдиною можливою в компетенції психіатрії, більше не може спиратися на продуктивні симптоми.

У цьому контексті постає питання пошуку таких маркерів патогномонічності психопатологічних прошень, що не можуть бути викривлені активною фармакологічною терапією. Нині ця проблема має високий ступінь розробленості тільки в контексті шизофренії, де вона має специфічну представленість, а саме шизофренічний дефект особистості [7,9]. Втім відмінності негативної симптоматики між окремими клінічними формами цієї нозології ще недостатньо відомі.

Незважаючи на те, що саму концепцію негативної симптоматики зазвичай сприймають тільки в контексті шизофренії, а її наявність заперечують у структурі інших ендогенних розладів, пошук її аналогів органічного, екзогенного та психогенного (нозогенного) генезу є перспективним напрямом сучасної психіатрії.

Мета роботи

Здійснення компаративного аналізу клініко-психопатологічних характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на шизофренію, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР).

Матеріали і методи дослідження

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежили 221 пацієнта (102 чоловіки та 119 жінок), які раніше стаціонарно лікувались у цьому закладі та перебувають на диспансерному обліку. Хворих поділили на групи: 1 – 49 осіб, які страждають на АР (31 пацієнт з діагнозом біполярний афективний розлад, 18 з діагнозом рекурентний депресивний розлад); 2 – 76 пацієнтів зі встановленим діагнозом шизоафективний розлад; 3 – 96 хворих із діагнозом параноїдна шизофренія, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженим афективним компонентом. Діагностику цих захворювань здійснили згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Середній вік у вибірці становив $37,3 \pm 8,9$ року. Різниця між групами за віком і статтю не була клінічно значуща. Обов'язковим критерієм включення у вибірку був стан клінічної ремісії з редуцією психотичної симптоматики.

Основні методи дослідження: клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний, медико-статистичний аналіз.

Таблиця 1. Вираженість психопатологічної симптоматики у групах порівняння (за PANSS)

Ознака	Вираженість в балах		
	Група 1 (n = 49)	Група 2 (n = 76)	Група 3 (n = 96)
P1 Маячні ідеї	1,31 ± 0,54	1,39 ± 0,59	1,96 ± 0,79‡‡
P2 Концептуальна дезорганізація	1,41 ± 0,59	1,62 ± 0,63	2,70 ± 0,96‡‡
P3 Галюцинаторна поведінка	1,06 ± 0,38	1,13 ± 0,44	1,65 ± 0,66‡‡
P4 Збудливість	1,45 ± 0,84	1,88 ± 0,92‡	1,51 ± 0,75
P5 Ідеї величі	1,31 ± 0,78	1,92 ± 0,92‡	1,59 ± 0,80
P6 Підозрілість	1,31 ± 0,78**	1,74 ± 0,88**	2,19 ± 0,93**
P7 Ворожість	1,37 ± 0,68‡	1,66 ± 0,70	1,69 ± 0,74
Сума за субшкалою позитивної симптоматики	9,22 ± 3,03**	11,34 ± 2,96**	13,29 ± 3,11**
N1 Сплощення афекту	1,41 ± 0,74**	1,99 ± 0,74**	3,10 ± 1,33**
N2 Зниження емоційної залученості	1,35 ± 0,77**	1,89 ± 0,76**	2,72 ± 1,04**
N3 Зниження комунікабельності	1,31 ± 0,56**	1,58 ± 0,59**	2,71 ± 1,16**
N4 Пасивна/апатична соціальна самоізоляція	1,12 ± 0,73**	1,62 ± 0,85**	2,79 ± 0,6**
N5 Порушення абстрактного мислення	1,37 ± 0,83*	1,78 ± 0,87*	2,19 ± 1,16*
N6 Зниження спонтанності та мовної активності	1,35 ± 0,60	1,43 ± 0,66	2,40 ± 1,33‡‡
N7 Стереотипність мислення	1,55 ± 0,72‡‡	1,82 ± 0,72	2,08 ± 1,00‡‡
Сума балів за субшкалою негативної симптоматики	9,46 ± 3,21**	12,11 ± 3,19**	17,99 ± 5,25**
G1 Соматична занепокоєність (іпохондричність)	1,61 ± 0,56	1,39 ± 0,52	1,65 ± 0,82
G2 Тривожність	1,82 ± 0,87	1,57 ± 0,74‡‡	1,92 ± 0,82‡‡
G3 Ідеї провини	1,18 ± 0,50‡	1,28 ± 0,56	1,35 ± 0,56‡
G4 Внутрішнє напруження	1,45 ± 0,74‡	1,55 ± 0,70	1,79 ± 0,82‡
G5 Манірність	1,37 ± 0,73**	1,75 ± 0,80**	2,31 ± 0,95**
G6 Депресія	1,37 ± 0,65‡	1,47 ± 0,68	1,63 ± 0,70‡
G7 Рухова загальмованість	1,22 ± 0,65**	1,55 ± 0,70**	1,94 ± 0,90**
G8 Відмова від взаємодії (негативізм)	1,12 ± 0,62**	1,53 ± 0,70**	2,02 ± 0,88**
G9 Незвичайний зміст мислення	1,37 ± 0,72**	1,80 ± 0,75**	2,35 ± 0,83**
G10 Дезорієнтування	1,12 ± 0,43	1,22 ± 0,48	1,21 ± 0,54
G11 Дефіцит уваги	1,43 ± 0,77‡‡	1,84 ± 0,78	2,06 ± 0,92
G12 Порушення критики	1,69 ± 0,89**	2,68 ± 0,77**	3,25 ± 1,11**
G13 Порушення волі	1,18 ± 0,63**	1,59 ± 0,70**	2,73 ± 1,12**
G14 Зниження контролю над імпульсами (інстинктами)	1,37 ± 0,80‡	1,76 ± 0,86	1,71 ± 0,77
G15 Аутизація	1,18 ± 0,76**	1,71 ± 0,81**	2,75 ± 1,15**
G16 Активна соціальна ізоляція (соціальні фобії та страхи)	1,37 ± 0,71	1,50 ± 0,77	2,35 ± 0,99‡‡
Сума за субшкалою загальних розладів	21,86 ± 6,88**	26,19 ± 6,76**	33,02 ± 8,32**
Загальна сума балів	40,54 ± 11,00**	49,64 ± 11,69**	64,30 ± 15,01**

*: виділено ознаки з вірогідними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп;
‡: виділено показники, які статистично відрізнялись від відповідних показників у двох інших групах або якщо показники у двох групах статистично відрізнялись між собою;
*, ‡: рівень статистичної вірогідності $p < 0,05$; **, ‡‡: рівень статистичної вірогідності $p < 0,01$.

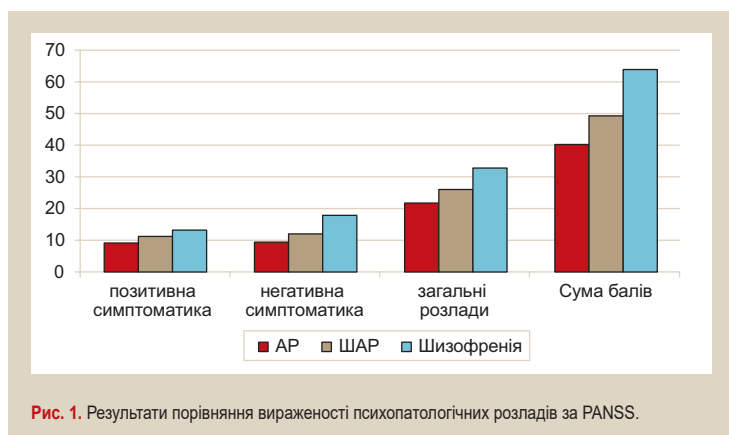


Рис. 1. Результати порівняння вираженості психопатологічних розладів за PANSS.

Клініко-психопатологічний метод використали у формі вивчення клініко-анамнестичних даних (підтвердження стану ремісії на момент дослідження) та оцінювання стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [10].

Статистичний аналіз даних виконали методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. При опрацюванні первинних даних використали математичні методи: критерій узгодженості Колмогорова–Смирнова, оцінка дисперсій за кожною шкалою з використанням критерію рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл та рівні дисперсії, розраховували за t-критерієм Стюдента з поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп.

Результати та їх обговорення

У контингентів, які взяли участь у дослідженні, виявили психопатологічні розлади різного ступеня вираженості, що належать до позитивних, негативних і загальних розладів за PANSS. Показники та результати порівняльного аналізу між групами обстеження наведені в таблиці 1.

За результатами порівняльного аналізу показників вираженості психопатологічної симптоматики за PANSS, виявили статистично вірогідні розбіжності між усіма групами порівняння за загальною сумою балів: 40,54 ± 11,00, 49,64 ± 11,69, 64,30 ± 15,01 у 1, 2 та 3 групах відповідно ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні). Також вірогідні розбіжності між групами порівняння встановили за субшкалами позитивної, негативної симптоматики та субшкалами загальних розладів ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні). Для субшкали позитивної симптоматики показники для 1, 2 та 3 груп дорівнювали 9,22 ± 3,03, 11,34 ± 2,96 та 13,29 ± 3,11 бала відповідно. За субшкалою негативної симптоматики показники для 1, 2 та 3 груп становили 9,46 ± 3,21, 12,11 ± 3,19 та 17,99 ± 5,25 бала. Для субшкали загальних розладів показники для 1, 2 та 3 груп дорівнювали 21,86 ± 6,88, 26,19 ± 6,76 та 33,02 ± 8,32 бала відповідно.

Результати порівняння вираженості психопатологічних розладів між групами порівняння за окремими субшкалами та за PANSS наведено на рис. 1.

Під час порівняльного аналізу показників окремих ознак субшкали негативної симптоматики виявили певні розбіжності (табл. 1). Показники групи 3 статистично вірогідно перевищували показники групи 1 та групи 2 ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні) за P1 (Маячні ідеї): 1,96 ± 0,79, 1,31 ± 0,54 та 1,39 ± 0,59 бала відповідно; P2 (Концептуальна дезорганізація): 2,70 ± 0,96, 1,41 ± 0,59 та 1,62 ± 0,63 бала відповідно; P3 (Галюцинаторна поведінка): 1,65 ± 0,66, 1,06 ± 0,38 та 1,13 ± 0,44 відповідно. Статистично значущі відмінності ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні) між усіма групами виявили за P6 (Підозрілість): група 3 (2,19 ± 0,93) > група 2 (1,74 ± 0,88) > група 1 (1,31 ± 0,78). Показник за P7 (Ворожість) у групі 1 дорівнював 1,37 ± 0,68 і був нижчим ($p < 0,05$, враховуючи поправку Бонферроні), ніж у групах 2 та 3 (1,66 ± 0,70

та $1,69 \pm 0,74$ відповідно). Відмінності групи 2 полягали у статистично значущій перевазі ($p < 0,05$, враховуючи поправку Бонферроні) показників P4 (Збудливість) та P5 (Ідеї величі). За P4 цей показник у 1, 2 та 3 групі становив $1,45 \pm 0,84$, $1,88 \pm 0,92$ та $1,51 \pm 0,75$ бала відповідно; за P5 – $1,31 \pm 0,78$, $1,92 \pm 0,92$ та $1,59 \pm 0,80$ бала.

Результати порівняльного аналізу складових субшкали негативної симптоматики свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між усіма групами порівняння за п'ятьма з семи окремих ознак, а також чітке зростання показників від групи 1 до групи 3. Так, за шкалою N1 (Сплощення афекту) показник для групи 1 становив $1,41 \pm 0,74$ бала, для групи 2 – $1,99 \pm 0,74$ бала, для групи 3 – $3,10 \pm 1,33$ бала ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні). За N2 (Зниження емоційної залученості) показники дорівнювали $1,35 \pm 0,77$, $1,89 \pm 0,76$ та $2,72 \pm 1,04$ бала відповідно ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні). За N3 (Зниження комунікабельності): $1,31 \pm 0,56$, $1,58 \pm 0,59$, $2,71 \pm 1,16$ бала ($p < 0,01$). За N4 (Пасивна/апатична соціальна самоізоляція): $1,12 \pm 0,73$, $1,62 \pm 0,85$ та $2,79 \pm 0,60$ бала ($p < 0,01$). За N5 (Порушення абстрактного мислення) рівень порушень досягав $1,37 \pm 0,83$, $1,78 \pm 0,87$, $2,19 \pm 1,16$ ($p < 0,05$). Порушення за N6 (Зниження спонтанності та мовної активності) дорівнювали $1,35 \pm 0,60$, $1,43 \pm 0,66$ та $2,40 \pm 1,33$ для 1, 2 та 3 груп відповідно. Показник в групі 3 був статистично вірогідним більшим, ніж показники груп 1 та 2 ($p < 0,01$). Статистично значущі відмінності ($p < 0,01$) виявили також між 1 та 3 групами за N7 (Стереотипність мислення): $1,55 \pm 0,72$ та $2,08 \pm 1,00$ бала відповідно.

Спільна тенденція показників за окремими субшкалами та за сумарним показником PANSS (група 3 > група 2 > група 1) наявна за більшістю показників загальних розладів ($p < 0,01$, враховуючи поправку Бонферроні). Так, за G5 (Манірність) показники становили $1,37 \pm 0,73$, $1,75 \pm 0,80$, $2,31 \pm 0,95$ бала; G7 (Рухова загальмованість): $1,22 \pm 0,65$, $1,55 \pm 0,70$, $1,94 \pm 0,90$ бала; за G8 (Відмова від взаємодії (негативізм)): $1,12 \pm 0,62$, $1,53 \pm 0,70$, $2,02 \pm 0,88$ бала; G9 (Незвичайний зміст мислення): $1,37 \pm 0,72$, $1,80 \pm 0,75$, $2,35 \pm 0,83$ бала; за G12 (Порушення критики): $1,69 \pm 0,89$, $2,68 \pm 0,77$, $3,25 \pm 1,11$ бала; G13 (Порушення волі): $1,18 \pm 0,63$, $1,59 \pm 0,70$, $2,73 \pm 1,12$ бала; за G15 (Аутизація): $1,18 \pm 0,76$, $1,71 \pm 0,81$, $2,75 \pm 1,15$ бала відповідно.

За іншими окремими показниками субшкали загальних розладів виявили такі відмінності. Між групою 1 і групою 3 наявні статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за G3 (Ідеї провини): $1,18 \pm 0,50$ та $1,35 \pm 0,56$ бала відповідно; G4 (Внутрішнє напруження): $1,45 \pm 0,74$ та $1,79 \pm 0,82$ бала; за G6 (Депресія) $1,37 \pm 0,65$ та $1,63 \pm 0,70$ бала відповідно. Показник групи 1 за G11 (Дефіцит уваги) був нижчим ($p < 0,05$) за відповідні показники у групах 2 та 3 ($1,43 \pm 0,77$, $1,84 \pm 0,78$, $2,06 \pm 0,92$), як і за G14 (Зниження контролю над імпульсами (інстинктами)): ($1,37 \pm 0,80$, $1,76 \pm 0,86$, $1,71 \pm 0,77$), ($p < 0,05$). Статистично значущі ($p < 0,01$) відмінності наявні між групами 2 та 3 за G2 (Тривожність): $1,57 \pm 0,74$ та $1,92 \pm 0,82$ бала відповідно.

Результати, що отримали, корелюють із даними вітчизняних [6] та іноземних дослідників [11] і свідчать

про наявність у пацієнтів із періодичними ендogenous психозами в період ремісії стійкої дифузної психопатологічної симптоматики (позитивної, негативної та загальних розладів). За отриманими результатами, вираженість психопатологічної симптоматики відрізняється залежно від нозологічної належності та зростає в напрямі: афективні розлади – шизоафективний розлад – шизофренія. Ця тенденція до збільшення вираженості психопатологічних розладів чіткіше визначається за субшкалами негативних і загальних розладів. Поліморфізм, стійкість і відносно невисокий рівень (не більше ніж 3 бали за окремими ознаками шкали PANSS) дають змогу кваліфікувати такі зміни як патоперсоналогічні трансформації. З огляду на наявність певного континууму вираженості психопатологічних розладів, найбільші складнощі нозологічного відокремлення виникають під час діагностики шизоафективного розладу. Специфічним маркером цієї нозологічної одиниці можна вважати показники P4 (Збудливість) та P5 (Ідеї величі), вираженість яких більша, ніж при афективних розладах та шизофренії.

Висновки

Виконали порівняльний аналіз психопатологічної симптоматики в період ремісії в пацієнтів, які страждають на АР, ШАР та шизофренію, що дало змогу виявити закономірності.

1. У пацієнтів із періодичними ендogenous розладами в період ремісії наявні стійкі позитивні, негативні та загальні розлади за PANSS різного ступеня вираженості.

2. Поліморфізм, стійкість і відносно невисокий рівень (не більше ніж 3 бали за окремими ознаками шкали PANSS) дали можливість кваліфікувати позитивні, негативні й загальні розлади за PANSS як патоперсоналогічні трансформації.

3. Нозоспецифічне зростання ступеня вираженості патоперсоналогічних трансформацій за субшкалами позитивних, негативних і загальних розладів за PANSS зафіксовано в напрямі АР–ШАР–шизофренія ($p < 0,01$).

4. Наявна невідповідність цій тенденції (зростання вираженості психопатологічної симптоматики в напрямі АР–ШАР–шизофренія) за окремими показниками субшкали позитивних розладів: наявність при ШАР порушень за P4 (Збудливість) та P5 (Ідеї величі) за PANSS, вираженість яких більша ($p < 0,05$), ніж при афективних розладах і шизофренії.

5. Профіль патоперсоналогічних трансформацій при ШАР має найскладнішу структуру у групі періодичних ендogenous психозів та є маркером нозоспецифічної патогномонічності психопатологічних процесів.

Перспективи подальших досліджень. Результати роботи дають змогу констатувати наявність стійких патоперсоналогічних трансформацій при періодичних ендogenous психозах, вираженість і структура яких мають суттєві відмінності, що може бути використано під час диференційної діагностики цих розладів. Для підтвердження специфічності, визначення структури та типології названих змін необхідне комплексне дослідження контингентів із використанням клініко-психопатологічних і медико-психологічних методик із ретельним медико-статистичним аналізом результатів.

Фінансування

Дослідження виконане в рамках НДР Запорізького державного медичного університету «Коморбідність психічної та іншої патології» № держреєстрації 0117U006966 (2016–2021 pp.).

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Відомості про автора:

Хоміцький М. Є., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

Сведения об авторе:

Хоміцкий М. Е., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Information about author:

Khomitskyi M. Ye., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Надійшла до редакції / Received: 28.12.2017

Після доопрацювання / Revised: 22.02.2018

Прийнято до друку / Accepted: 01.03.2018

Список литературы

- [1] Костюкова Е.Г. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике / Е.Г. Костюкова, С.Н. Мосолов // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. проф. С.Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 491–528.
- [2] Критская В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – М.: ИП РАН, 2015. – 389 с.
- [3] Марута Н.О. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) / Н.О. Марута, Г.М. Вербенко // Здоров'я України. – 2017. – №3. – С. 32–34.
- [4] Мучник П.Ю. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов / П.Ю. Мучник, Е.В. Снедков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №2. – С. 32–36.
- [5] Підкоритов В.С. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів / В.С. Підкоритов, С.О. Сазонов, Н.А. Байбарак // Медична психологія. – 2014. – Т. 9. – №3. – С. 71–77.
- [6] Підкоритов В.С. Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу / В.С. Підкоритов, О.С. Серікова // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25. – Вип. 1(90). – С. 142–143.
- [7] Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством / С.Н. Мосолов, А.А. Шафаренко, А.В. Ушкалова и др. // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №3. – С. 2–7.
- [8] Чугунов В.В. Истинный патоморфоз психиатрической клиники / В.В. Чугунов // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20. – Вип. 3. – С. 233–234.
- [9] Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) / A.C. Ruocco, J.L. Reilly, L.H. Rubinet al. // Study Schizophr Res. – 2014. – Vol. 158. – Issue. 1–3. – P. 105–12.
- [10] Kay S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A. Fiszbein, L.A. Opler // Schizophrenia Bulletin (Oxford). – 1987. – Vol. 13. – Issue 2. – P. 261–276.
- [11] Thaler N.S. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia / N.S. Thaler, G.P. Sutton, D.N. Allen // Psychiatry Research. – 2014. – Vol. 220(1–2). – P. 309–14.

References

- [1] Kostyukova, E. G., & Mosolov, S. N. (2012) Sovremennaya diagnostika i terapiya bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva: ot dokazatel'nykh nauchnykh issledovanij k klinicheskoy praktike [Modern diagnosis and treatment of bipolar disorder: evidence from research to clinical practice]. *Biologicheskie metody terapii psikhicheskikh rasstrojstv (dokazatel'naya medicina – klinicheskoy praktike)*. S.N. Mosolova (Ed), (P. 491–528). Moscow: *Social'no-politicheskaya mys'*. [in Russian].
- [2] Kritskaya, V. P., & Meleshko, T. K. (2015) *Patopsikhologiya shizofrenii [Pathopsychology of schizophrenia]*. Moscow. [in Russian].
- [3] Maruta, N. O., & Verbenko, G. N. (2017). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diahnozyka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Zdorovia Ukrainy*, 3, 32–34. [in Ukrainian].
- [4] Muchnik, P. Yu., & Snedkov, E. V. (2013). Tipichnye vrachebnye oshibki v differencial'noj diagnostike e'ndogenykh psikhozov [The study of differential diagnosis of endogenous mental disorders in hospital practice]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii*, 2, 32–36. [in Russian].
- [5] Pidkorytov, V. S., Sazonov, S. O., & Baybarak, N. A. (2014). *Osoblyvosti diahnozyky shyzoafektyvnoho rozladu sered spektru afektyvno-paranojnykh staniv* [Diagnostic features of schizoaffective disorder in the spectrum of affective-paranoid states]. *Medychna psykholohiia*, 9(3), 71–77. [in Ukrainian].
- [6] Pidkoritov V. S., Serikova O. S. (2017). *Predyktory ta osoblyvosti klinichnoi kartyny povtornykh napadiv shyzoafektyvnoho rozladu* [Predictors and peculiarities of the clinical picture of recurrent attacks of schizoaffective disorder]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii*, 25, 1(90), 142–143. [in Ukrainian].
- [7] Mosolov, S. N., Shafarenko, A. A., Ushkalova, A. V., Alfimov, P. V., & Kostyukova, A. B. (2014). Formalizovannaya diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva u bol'nykh s pristupoobraznoy shizofreniej i shyzoafektivnym rasstrojstvom [Formalized diagnosis of bipolar disorder in patients with paroxysmal schizophrenia and schizoaffective disorder]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv*, 3, 2–7. [in Russian].
- [8] Chugunov, V. V. (2012) Istinnij patomorfoz psikiatricheskoy kliniki [The true pathomorphosis of a psychiatric clinic]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii*, 20(3), 233–234. [in Russian].
- [9] Ruocco, A. C., Reilly, J. L., Rubin, L. H., Daros, A. R., Gershon, E. S., Tamminga, C. A., et al. (2014) Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP). *Study Schizophr Res.*, 158(1–3), 105–112. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.001.
- [10] Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin (Oxford)*, 13(2), 261–276.
- [11] Thaler, N. S., Sutton, G. P., & Allen, D. N. (2014) Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research.*, 220(1–2), 309–14. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.