УДК: 616.89-008-036.1-056-02:616.89-008.485]-07

Клініко-катамнестичні та медико-соціальні характеристики періодичних ендогенних психозів як наслідок патоперсонологічних трансформацій (компаративний аналіз)

М. Є. Хоміцький

Запорізький державний медичний університет, Україна

Диференційна діагностика ендогенних психозів з епізодичним перебігом – надзвичайно актуальна проблема сучасної психіатрії з огляду на наявний патоморфоз психічних захворювань і незначну вираженість стійких клінічних маркерів після перших епізодів захворювання. Правильна та своєчасна диференційна діагностика цих станів визначає адекватність терапевтичних і соціально-реабілітаційних впливів не тільки в період загострень захворювання, але і в час між нападами психозу для збереження соціальної адаптації пацієнтів.

Мета роботи – проведення компаративного аналізу клініко-катамнестичних і медико-соціальних характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на шизофренію, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР).

Матеріали та методи. На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) обстежили 221 пацієнта: 49 осіб, які страждають на АР (31 пацієнт із діагнозом біполярний афективний розлад і 18 із діагнозом рекурентний депресивний розлад); 76 хворих із встановленим діагнозом шизоафективний розлад; 96 пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженим афективним компонентом. Обов'язковий критерій залучення – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики. Основні методи дослідження: клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний, медико-статистичний аналіз.

Результати. У пацієнтів, які страждають на ендогенні психози з епізодичним перебігом, наявне стійке зниження рівня соціальної адаптації різного ступеня, вираженість і прояви якої відрізняються залежно від нозологічної належності. Шизофренія та ШАР характеризуються вираженішим негативним впливом на рівень трудової адаптації, ніж АР. Це підтверджується більшим відсотком осіб, які не працюють ($p < 0,01$); меншим відсотком осіб, які працюють на посадах, пов'язаних із кваліфікованою та розумовою працею ($p < 0,01$). Пацієнти, які страждають на ШАР, частіше ($p < 0,01$) отримують курси лікування у стаціонарі, ніж хворі на інші періодичні ендогенні психози. При ШАР соціальні чинники частіше ($p < 0,01$) стають причиною повторних госпіталізацій, ніж при АР та епізодичній шизофренії (26,7 %, 5,8 % та 12,5% відповідно).

Висновки. Високий рівень регоспіталізацій при ШАР через соціальні чинники є свідченням наявних стійких патоперсонологічних трансформацій і недостатньої ефективності лікувально-реабілітаційних впливів, які застосовують при ШАР у період ремісії. Наявні при ендогенних психозах стійкі патоперсонологічні трансформації потребують комплексного вивчення та формування системи конгруентних лікувально-реабілітаційних заходів для превенції соціальної дезадаптації.

Ключові слова: шизофренія, шизоафективний розлад, афективні розлади, соціальні характеристики.

Запорізький медичний журнал. – 2019. – Т. 21, № 3(114). – С. 377–381

DOI: 10.14739/2310-1210.2019.3.169195

E-mail: nhomitsky@gmail.com

Клинико-катамнестические и медико-социальные характеристики периодических эндогенных психозов как следствие патоперсонологических трансформаций (компаративный анализ)

М. Е. Хомицкий

Дифференциальная диагностика эндогенных психозов с эпизодическим течением – чрезвычайно актуальная проблема современной психиатрии ввиду патоморфоза психических заболеваний и незначительной выраженности стойких клинических маркеров после первых эпизодов заболевания. Правильная и своевременная диагностика этих состояний определяет адекватность терапевтических и социально-реабилитационных влияний не только в период обострений заболевания, но и в период между приступами психоза для сохранения социальной адаптации пациентов.

Цель работы – проведение компаративного анализа клинико-катамнестических и медико-социальных характеристик состояний ремиссии у пациентов, страдающих шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и аффективными расстройствами (АР).

Материалы и методы. На базе Областной клинической психиатрической больницы (г. Запорожье) обследовали 221 пациента: 49 человек, страдающих АР (31 пациент с диагнозом биполярное аффективное расстройство и 18 с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство); 76 больных с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство; 96 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, 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. У пациентов, страдающих эндогенными психозами с эпизодическим течением, имеет место стойкое снижение уровня социальной адаптации различной степени, выраженность и проявления которой отличаются в зависимости от нозологической принадлежности. Шизофрения и ШАР характеризуются более выраженным негативным влиянием на уровень трудовой адаптации, чем АР. Это подтверждается большим процентом неработающих лиц ($p < 0,01$); меньшим процентом лиц, работающих на должностях, связанных с квалифицированным и умственным трудом ($p < 0,01$). Пациенты, страдающие ШАР, чаще ($p < 0,01$) проходят курсы лечения в стационаре, чем пациенты с другими периодическими

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, социальные характеристики.

Запорожский медицинский журнал. – 2019. – Т. 21, № 3(114). – С. 377–381

эндогенными психозами. При ШАР социальные факторы чаще ($p < 0,01$) становятся причиной повторных госпитализаций, чем при АР и эпизодической шизофрении (26,7 %, 5,8 % та 12,5 % соответственно).

Выводы. Высокий уровень регоспитализаций по социальным причинам при ШАР свидетельствует о наличии стойких патоперсонологических трансформаций и недостаточной эффективности лечебно-реабилитационных влияний, применяющихся при ШАР в период ремиссии. Стойкие патоперсонологические трансформации, имеющие место при эндогенных психозах, требуют комплексного изучения и формирования системы конгруэнтных лечебно-реабилитационных мероприятий для превенции социальной дезадаптации.

Key words: schizophrenia, schizoaffective disorder, affective disorders, social characteristics.

Zaporozhye medical journal 2019; 21 (3), 377–381

Clinical-catamnestic and medical-social characteristics of periodic endogenous psychoses as a result of pathopersonological transformations (a comparative analysis)

M. Ye. Khomitskyi

Differential diagnosis of endogenous psychoses with episodic course is an extremely relevant issue of modern psychiatry due to the pathomorphosis of mental illnesses and subclinical persistence of clinical markers after the first episodes of the disease. Correct and timely diagnosis of these conditions determines the adequacy of therapeutic and socio-rehabilitation influences not only during disease exacerbations, but also in the period between bouts of psychosis in order to preserve the social adaptation of patients.

The purpose of this study was to perform a comparative analysis of the clinical-catamnestic and medico-social characteristics of remission in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD).

Contingents and methods. A total of 221 patients were examined on the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia), 49 of whom were with AD (31 patients with a diagnosis of "bipolar affective disorder" and 18 with a diagnosis of "recurrent depressive disorder"), 76 patients were diagnosed with "schizoaffective disorder" and 96 patients were diagnosed with "paranoid schizophrenia, episodic course" having a pronounced affective component in the structure of psychotic episodes. An obligatory criterion for inclusion was the state of clinical remission with psychotic symptoms reduction. The main methods of the study were clinical-catamnestic and clinical-psychopathological as well as medical statistical analysis.

Results. In patients with episodic course of endogenous psychosis, there is a persistent decline in the social adaptation level of varying degrees, the severity and manifestations of which differ depending on nosological form. Schizophrenia and SAD are characterized by a more pronounced negative impact on the level of labor adaptation than AR. This is confirmed by a large percentage of unemployed individuals ($P < 0.01$), a lower percentage of persons working in positions related to skilled and mental work ($P < 0.01$). SAD patients more often ($P < 0.01$) receive treatment courses in a hospital than patients with other periodic endogenous psychoses. Social factors are more likely ($P < 0.01$) cause repeated hospitalizations in SAD than in AD and episodic schizophrenia (26.7 %, 5.8 % and 12.5 %, respectively).

Conclusions. A high level of rehospitalization for social reasons in SAD demonstrates persistent pathopersonological transformations and the lack of efficacy of therapeutic and rehabilitation measures used in SAD during a remission period. Persistent pathopersonological transformations, occurring in endogenous psychoses, require a comprehensive study and a system of congruent therapeutic and rehabilitation measures in order to prevent social disadaptation.

Чітке нозологічне відокремлення епізодичних ендогенних психозів (шизофренії, шизоафективного розладу (ШАР) та афективні розлади (АР), до яких належить біполярний афективний і рекурентний депресивний розлади) є одним із важливих завдань сучасної психіатрії [6,10] з огляду на наявні соціальні наслідки названих захворювань [1,2]. Правильна та своєчасна диференційна діагностика цих станів визначає адекватність терапевтичних і соціально-реабілітаційних впливів не тільки в період дебюту й загострень захворювання, але і в час між нападами психозу [4,7]. Особливі складнощі диференційної діагностики шизофренії, ШАР та АР виникають при клінічних варіантах параноїдної шизофренії, що характеризуються епізодичним перебігом (тип із наростаючим дефектом, зі стабільним дефектом, ремітуючий). Структура нападу названих захворювань (особливо в дебюті та при нетривалому періоді хвороби) характеризується вираженим афективним забарвленням, яке досягає рівня редукованих, а інколи і розгорнутих синдромів афективних порушень, значною (інколи повною) втратою критики до свого хворобливого стану, відсутністю комплаєнса та продуктивного контакту з пацієнтом [3,5]. Сучасна парадигма тактики терапевтичної інтервенції в психоз прагне лікувати пацієнтів цієї групи амбулаторно, що позбавляє лікарів можливості цілодобового спостереження за станом пацієнта, призводить до погрішностей приймання ліків і комплаєнтності загалом, залишає пацієнта «незахищеним» від можливих психотравмувальних впливів.

Названі фактори, поєднуючись з явищами істинного (дотерапевтичного) та терапевтичного патоморфозу [5,7], ускладнюють дослідження та діагностичне оцінювання синдромокінезу та синдромотаксису в період активної фази ендогенного психозу (для диференціації шизофренії та ШАР) [8,9]. Наявні складнощі диференціації ШАР та АР, що пов'язані з наявністю патоафективної симптоматики на першому плані клінічної картини екзацербації. Отже, зростає значення діагностичних методик, які направлені на оцінювання й диференціацію стійких симптомів хвороби, що зберігаються в період ремісії і належать до патоперсонологічних трансформацій. Дослідження і правильне діагностичне оцінювання цього багатокомпонентного кластера психопатологічної симптоматики дає змогу чіткіше оцінити нозологічну приналежність і визначити необхідні фармакологічні та соціально-реабілітаційні впливи для корекції наявних патоперсонологічних трансформацій і превенції загострення ендогенного психозу [9].

Мета роботи

Компаративний аналіз клініко-катамнестичних і медико-соціальних характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на шизофренію, ШАР та АР.

Матеріали і методи дослідження

На базі обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) обстежили 221 пацієнта: 49 осіб, які страждають на АР (31 пацієнт із діагнозом біполярний афективний розлад та 18 із діагнозом рекурентний депресивний розлад); 76 пацієнтів зі встановленим діагнозом шизоафективний розлад; 96 пацієнтів зі встановленим діагнозом параноїдна шизофренія, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженим афективним компонентом. Діагностика названих захворювань здійснена за Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Середній вік у вибірці – 38,3 ± 7,9 року. Поділ за статтю: 125 жінок і 96 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці – від 2 до 39 років, середній показник – 12,9 ± 5,5 року. Середній вік пацієнтів на початок захворювання – 25,4 ± 5,4 року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 24 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій, у середньому у вибірці цей показник становив 7,7 ± 4,1 раза. Обов'язковий критерій включення у вибірку – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

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

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

Клініко-психопатологічний метод використали для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду та стану ремісії на момент дослідження, зокрема шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

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

Результати

Різниця між групами дослідження за віком і співвідношенням за статтю клінічно та статистично незначуща. Показники у групах обстеження наведені в *таблиці 1*.

Під час множинного порівняння контингентів за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації отримали такі результати. Оцінюючи рівень освіти, не виявили статистично значущі відмінності між групами порівняння. У групах 2 і 3 осіб, які не працювали, було більше (69,7 % і 66,7 % відповідно, $p < 0,01$), ніж у групі 1 (44,9 %). Контингенти груп 2 і 3 мали меншу кількість осіб, які працевлаштовані на посадах, пов'язаних з виконанням кваліфікованої ($p < 0,01$) та розумової праці ($p < 0,01$), ніж контингент групи 1. Показник працевлаштованості на посадах, що пов'язані з виконанням кваліфікованої праці, становив 20,4 %, 7,9 % та 10,4 % відповідно у 1, 2 та 3 групах. Показник працевлаштованості на посадах, що пов'язані з виконанням розумової праці, дорівнював 14,3 %, 5,3 % та 6,3 % відповідно в 1, 2, 3 групах.

Оцінювання показників стійкого зниження або втрати працездатності (інвалідизації) показало такі результати. Серед пацієнтів групи 3 був найбільший відсоток інвалідів 2 групи ($p < 0,05$). Цей показник становив 27,1 % у групі 3, 18,4 % і 19,7 % – у групах 1 і 2 відповідно. Відсоток пацієнтів із третьою групою інвалідності у 2 та 3 групах статистично не відрізнявся (56,6 % та 58,3 %), але був більшим ($p < 0,05$), ніж цей показник у групі 1 (38,8 %). Група 1 мала найвищий показник збереження працездатності. Пацієнтів, які не є інвалідами, у групі 1 було 42,8 %, і цей показник був статистично вірогідно більшим ($p < 0,01$), ніж у групах 2 і 3 (23,7 % та 14,6 % відповідно). Відсоток осіб, які не мають групу інвалідності, у групі 2 був меншим, ніж у групі 1, але більшим, ніж у групі 3 ($p < 0,05$).

За результатами, що отримали під час оцінювання сімейного стану, у групі 3 відсоток осіб, котрі ніколи не були одружені, суттєво (у понад 2,5 раза) перевищував ($p < 0,01$) відповідний показник у групах 1 і 2. Цей показник у 3 групі дорівнює 46,9 %, а у групах 1, 2 становить 18,4 % та 19,7 %. Протилежна закономірність виявлена під час порівняння показників перебування у шлюбі. Цей показник у групі 3 був нижчим ($p < 0,01$), ніж у групах 1 і 2, становлячи 25,0 %, 49,0 % та 39,5 % відповідно.

Результати порівняння контингентів за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації наведені в *таблиці 2*.

Оцінюючи клініко-катамнестичні характеристики перебігу захворювання отримали такі результати: середня тривалість захворювання у вибірці загалом становила 12,9 ± 5,5 року, суттєву різницю за цим показником у групах порівняння не виявили. Не встановили також статистично вірогідну різницю між групами порівняння за середнім віком пацієнта на момент початку захворювання (середній показник у вибірці дорівнював 25,4 ± 5,4).

Таблиця 1. Поділ контингентів за статтю, віком

Ознака / Досліджені групи	Група 1 (n = 49)		Група 2 (n = 76)		Група 3 (n = 96)		У вибірці загалом (n = 221)
	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	
Жінок	31	63,3	43	56,6	51	53,1	125
Чоловіків	18	36,7	33	43,4	45	46,9	96
Середній вік (років)	38,2 ± 9,1		41,1 ± 8,3		36,2 ± 8,5		38,3 ± 7,9

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

Ознака / Досліджені групи		Група 1 (n = 49)		Група 2 (n = 76)		Група 3 (n = 96)		У вибірці загалом (n = 221)	
		Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)	Абсолютна кількість	Відносна кількість (%)
Освіта	Середня	10	20,4	17	22,3	26	27,1	53	24,0
	Середня спеціальна	25	51,0	29	38,2	42	43,7	96	43,4
	Вища	14	28,6	30	39,5	28	29,2	72	32,6
Працевлаштованість	Не працюють	22	44,9**	53	69,7	64	66,7	139	62,9
	Низькокваліфікована праця	10	20,4	13	17,1	16	16,6	39	17,6
	Кваліфікована праця	10	20,4**	6	7,9	10	10,4	26	11,8
	Розумова праця	7	14,3**	4	5,3	6	6,3	17	7,7
Інвалідність	Не має	21	42,8**	18	23,7*	14	14,6*	53	24,0
	3 група	19	38,8*	43	56,6	56	58,3	118	53,4
	2 група	9	18,4	15	19,7	26	27,1*	50	22,6
Сімейний стан	Не були одружені	9	18,4	15	19,7	45	46,9**	69	31,2
	Розлучені	16	32,6	31	40,8	27	28,1	74	33,5
	Одружені	24	49,0	30	39,5	24	25,0**	78	35,3

*: ознаки з вірогідними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп із рівнем статистичної вірогідності $p < 0,05$; **: ознаки з вірогідними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп із рівнем статистичної вірогідності $p < 0,01$.

Таблиця 3. Клініко-катамнестичні характеристики перебігу захворювання

Ознака / Досліджені групи	Група 1 (n = 49)	Група 2 (n = 76)	Група 3 (n = 96)	У вибірці загалом (n = 221)
Тривалість захворювання (років)	12,9 ± 8,0	14,3 ± 6,2	11,9 ± 8,1	12,9 ± 5,5
Вік початку захворювання (років)	25,3 ± 7,7	26,8 ± 7,5	24,3 ± 8,9	25,4 ± 5,4
Кількість госпіталізацій (рази)	6,6 ± 3,5	10,7 ± 5,1**	5,9 ± 3,4	7,7 ± 4,1
Госпіталізації через соціальні чинники (%)	5,8	26,7**	12,5	18,6

**: ознаки з вірогідними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3 груп із рівнем статистичної вірогідності $p < 0,01$.

За період від початку хвороби до моменту обстеження пацієнти неодноразово отримували стаціонарне лікування (в середньому у вибірці 7,7 ± 4,1 раза). Цей показник у групі 2 дорівнював 10,7 ± 5,1 і був статистично вірогідно ($p < 0,01$) більшим, ніж у групах 1 та 3 (6,6 ± 3,5 та 5,9 ± 3,4 відповідно).

Під час ретроспективного аналізу причин госпіталізацій з'ясовано, що загалом у вибірці у 18,6 % випадків звернення для стаціонарного лікування обґрунтоване не загостренням захворювання, а соціально-побутовими чинниками: конфлікти з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізація або наркотизація; матеріально-побутові проблеми. Показник відсотка госпіталізацій за соціальними чинниками у групі 2 дорівнював 26,7 % та перевищував ($p < 0,01$) показники груп 1 і 3 (5,8 % та 12,5 %).

Результати порівняння контингентів за клініко-катамнестичними характеристиками наведені в *таблиці 3*.

Обговорення

Отримані результати корелюють з даними вітчизняних [1,2] та іноземних дослідників [8] і свідчать про наявність у пацієнтів із періодичними ендогенними психозами в період ремісії стійкої соціальної дезадаптації різного ступеня, вираженість якої відрізняється залежно від нозологічної належності. Пацієнти, які страждають на епізодичну параноїдну шизофренію та ШАР, демонструють більш виражені ознаки трудової дезадаптації, ніж пацієнти з АР: менший відсоток осіб, які працюють, а також осіб, які працюють на посадах, пов'язаних із кваліфікованою та розумовою працею; більший відсоток часткової та повної непрацездатності (інвалідність 3 та 2 груп). Пацієнти, які страждають на шизоафективний розлад, частіше звертаються за стаціонарною допомогою, ніж хворі на інші періодичні ендогенні психози. При ШАР соціальні чинники частіше стають причиною госпіталізації, ніж при АР та епізодичній шизофренії.

Висновки

У дослідженні виконали порівняльний аналіз клініко-катамнестичних і медико-соціальних характеристик у пацієнтів, які страждають на АР, ШАР та епізодичну шизофренію, що дало змогу виявити певні закономірності.

1. У пацієнтів, які страждають на епізодичні ендогенні психози, наявна стійка соціальна дезадаптація різного ступеня, вираженість і прояви якої відрізняються залежно від нозологічної належності.

2. Шизофренія та ШАР характеризуються вираженішим негативним впливом на рівень трудової адаптації, ніж АР. Це підтверджується більшим відсотком осіб, які не працюють ($p < 0,01$); меншим відсотком осіб, які працюють на посадах, пов'язаних із кваліфікованою та розумовою працею ($p < 0,01$); більшим відсотком ($p < 0,05$) осіб із частковою та повною втратою працездатності (інвалідність 3 та 2 груп).

3. При шизофренії сімейна дезадаптація виражена найбільше, що підтверджується вищим, ніж при АР та ШАР ($p < 0,01$) відсотком пацієнтів, які не перебувають у шлюбі, та пацієнтів, які ніколи не були одружені.

4. Пацієнти, які страждають на ШАР, частіше отримують курси лікування у стаціонарі, ніж хворі на інші пе-

ріодичні ендогенні психози. При ШАР соціальні чинники частіше ($p < 0,01$) стають причиною регоспіталізацій, ніж при АР та епізодичній шизофренії (26,7 %, 5,8 % та 12,5 % відповідно). Високий рівень регоспіталізацій при ШАР через соціальні чинники є свідченням стійких патоперсонологічних трансформацій і недостатньої ефективності лікувально-реабілітаційних впливів, які застосовуються при ШАР у період ремісії.

5. Наявні при ендогенних психозах стійкі патоперсонологічні трансформації потребують комплексного вивчення та формування системи конгруентних лікувально-реабілітаційних заходів для превенції соціальної дезадаптації, що проявляється високим рівнем регоспіталізацій (не тільки за медичними показаннями, але і через соціальні чинники), зниженням сімейної та трудової адаптації.

Перспективи подальших досліджень. Результати роботи дають змогу констатувати наявність стійких патоперсонологічних трансформацій при періодичних ендогенних психозах, вираженість і структура яких мають суттєві відмінності, що може бути використано у диференційній діагностиці відзначених розладів. Однак для підтвердження специфічності, визначення структури та типології названих змін необхідне комплексне дослідження контингентів, використовуючи клініко-психопатологічні та медико-психологічні методики з ретельним медико-статистичним аналізом результатів.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 21.06.2018
Після доопрацювання / Revised: 04.07.2018
Прийнято до друку / Accepted: 17.07.2018

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:
Хомицкий Н. 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.

Список литературы

[1] Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології.* 2015. Т. 23. Вип. 1(82). С. 5–11.
[2] Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад. *Здоров'я України*. 2017. №3. С. 32–34.
[3] Підкоритов В. С., Сазонов С. О., Байбарак Н. А. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів. *Медична психологія.* 2014. Т. 9. №3. С. 71–77.
[4] Підкоритов В. С., Серікова О. С. Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу. *Український вісник психоневрології.* 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 142–143.
[5] Сумарокова М. А., Хритинин Д. Ф. Особенности лекарственного патоморфоза ремиссий у больных с шизоаффективными расстройствами. *Человек и лекарство* : сборник материалов XXI конгресса. Москва. 2014. С. 188.
[6] Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством / С. Н. Мосолов и др. *Современная терапия психических расстройств*. 2014. №3. С. 2–7.
[7] Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. №3. С. 71–76.
[8] Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru et al. *Bipolar Disord*. 2016. Vol. 18(1). P. 78–80.
[9] Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression--a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2015. Vol. 17. Issue 7. P. 753–768.
[10] Wilson J. E., Nian H., Heckers S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014. Vol. 264. Issue 1. P. 29–34.

References

[1] Voloshyn, P. V. & Maruta, N. O. (2015) Stratehiia okhorony psykhichnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody. [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 23, 1(82), 5–11. [in Ukrainian].
[2] Maruta, N. O. & Verbenko, H. M. (2017) Kohnityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder]. *Zdorovia Ukrainy*, 3, 32–34. [in Ukrainian].
[3] Pidkorytov, V. S., Sazonov, S. O. & Baybarak, N. A. (2014) Osoblyvosti diahnostyky shyzoafektyvnoho rozladu sered spektra afektyvno-paranoidnykh staniv [Diagnostic features of schizoaffective disorder in the spectrum of affective-paranoid states]. *Medychna psykholohiia*, 9(3), 71–77. [in Ukrainian].
[4] Pidkorytov, 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]. *Ukrayinskyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(1), 142–143. [in Ukrainian].
[5] Sumarokova, M. A., & Khritinin, D. F. (2014) Osobennosti lekarstvennogo patomorfoza remissij u bol'nykh s shizoaffektivnymi rasstrojstvami [Characteristics of the pharmacological pathomorphosis of remission in schizoaffective disorders]. *Chelovek i lekarstv:* Proceedings of the XXI congress. (P. 188). Moscow. [in Russian].
[6] 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 pristupoobraznoj shizofreniej i shizoaffektivnym rasstrojstvom [Misdiagnosis of Bipolar I Disorder among patients with the diagnoses of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder in Russian Federation]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv*, 3, 2–7. [in Russian].
[7] Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014) Mediko-psikhologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo e'pizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstrojstva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*, 3, 71–76. [in Russian]. doi: https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035
[8] Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiniello, B., Pacchiarotti, I., Colom. F., & Vieta, E. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorder*, 18(1), 78–80. doi: 10.1111/bdi.12366
[9] Santelmann, H., Franklin, J., Bußhoff, J. & Baethge, C. (2015) Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disorder*, 17(7), 753–68. doi: 10.1111/bdi.12340
[10] Wilson, J. E., Nian, H. & Heckers, S. (2014) The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 29–34. doi: 10.1007/s00406-013-0410-7