

Клініко-психопатологічна характеристика ремісій шизоафективного розладу в контексті постманіфестних патоперсонологічних трансформацій (клініко-етологічний аспект)

М. Є. Хоміцький*

Запорізький державний медичний університет, Україна

Ключові слова: шизоафективний розлад, афективний синдром, поведінка, патоперсонологічні особливості, аналіз.

Запорізький медичний журнал. – 2019. – Т. 21, № 5(116). – С. 656–661

DOI: 10.14739/2310-1210.2019.5.179443

*E-mail: nhomitsky@gmail.com

Вивчення поведінки пацієнта – невіддільна складова клініко-психопатологічного дослідження, значення якої складно переоцінити. Своєчасна діагностика в період ремісії при шизоафективному розладі (ШАР) є перспективним напрямом сучасної психіатрії з високим рівнем вірогідності завдяки використанню клініко-етологічного підходу, а також можливості кількісного оцінювання динаміки психопатологічних розладів. Розв'язання цієї проблеми дасть можливість оптимізувати терапевтичні та реабілітаційні заходи, шляхом яких буде підвищено якість життя пацієнтів та їхніх родин.

Мета роботи – вивчення клініко-психопатологічних (із використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на ШАР.

Матеріали та методи. В обласній клінічній психіатричній лікарні (м. Запоріжжя) обстежили 81 особу з встановленим діагнозом шизоафективний розлад. Діагностику захворювань здійснили згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Середній вік у вибірці становив $41,8 \pm 8,9$ року. Поділ за статтю: 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці – від 3 до 35 років (середній показник – $15,5 \pm 6,3$ року). Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Обов'язковий критерій включення до вибірки – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, клініко-етологічний, клініко-катамнестичний та клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів із ШАР, що одержані по каналах пози, міміки, жести, мають статистично значущі відмінності щодо характеристик здорових осіб і свідчать про наявність стійких трансформацій патоперсонологічного кола. Пацієнти, які страждають на ШАР, демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, що характеризується суттєвим вмістом агресивно-попереджувальних елементів: поза агресії ($p < 0,001$), агресивний випад головою ($p < 0,001$), пильний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), стиснуті губи ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), піднімання руки ($p < 0,05$), кулак ($p < 0,001$), розведені коліна ($p < 0,01$). За рівнем невербальної агресії при соціально-комунікативній взаємодії, а також за вмістом елементів, що свідчать про підвищений рівень тривоги (жест із фіксацією на шиї ($p < 0,01$), жест із фіксацією на животі ($p < 0,01$), жест-відсторонення ($p < 0,01$), жест потирання рук ($p < 0,001$)), пацієнти з ШАР перевищують відповідні показники у здорових осіб.

Висновки. Наявні при ШАР стійкі патоперсонологічні трансформації потребують комплексного вивчення структури, типології, чинників формування, розроблення системи превенції та корекції з метою зменшення їхнього дезадаптувального впливу.

Ключевые слова: шизоафективное расстройство, поведение, патоперсонологические особенности, анализ.

Запорожский медицинский журнал. – 2019. – Т. 21, № 5(116). – С. 656–661

Клинико-психопатологическая характеристика ремиссий шизоаффективного расстройства в контексте постманifestных патоперсонологических трансформаций (клинико-этологический аспект)

Н. Е. Хомицкий

Изучение поведения пациента – неотъемлемая составляющая клинико-психопатологического исследования, значение которой трудно переоценить. Своевременная диагностика в период ремиссии при шизоаффективном расстройстве (ШАР) является перспективным направлением современной психиатрии с высокой степенью достоверности благодаря использованию клинико-этологического подхода, а также возможности количественной оценки динамики психопатологических расстройств. Решение этой проблемы даст возможность оптимизировать терапевтические и реабилитационные мероприятия, за счет которых будет повышено качество жизни пациентов и их семей.

Цель работы – изучение клинико-психопатологических (с использованием клинико-этологического метода) характеристик состояний ремиссии у пациентов с ШАР.

Материалы и методы. На базе областной клинической психиатрической больницы (г. Запорожье) обследовали 81 пациента с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство. Диагностика заболевания была осуществлена согласно международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Средний возраст в выборке составил $41,8 \pm 8,9$ года. Распределение по полу составило: 41 женщина и 40 мужчин. Длительность заболевания в выборке – от 3 до 35 лет (средний показатель $15,5 \pm 6,3$ года). Все пациенты предоставили информированное согласие на участие в исследовании. Обязательным критерием включения в выборку было состояние клинической ремиссии с редукцией психотической симптоматики. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-этологический, клинико-катамнестический и клинико-анамнестический, а также медико-статистический анализ.

Результаты. Клинико-этологические характеристики социально-коммуникативного взаимодействия пациентов с ШАР, полученные по каналам позы, мимики и жеста, имеют статистически значимые различия относительно характеристик

здорових лиц і свідчать про наявність стійких трансформацій патоперсонального кола. Пацієнти, страждаючі ШАР, демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, який характеризується значительним вмістом агресивно-предупредительних елементів: поза агресії ($p < 0,001$), агресивний випад голови ($p < 0,001$), пристальний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), сжатые губы ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), підйом руки ($p < 0,05$), кулак ($p < 0,001$), розведені коліна ($p < 0,01$). По рівню невербальної агресії при соціально-комунікативному взаємодії, а також по вмісту елементів, свідчать про підвищений рівень тривоги (жест с фіксацією на шее ($p < 0,01$), жест с фіксацією на животі ($p < 0,01$), жест отстранения ($p < 0,01$), жест потирания рук ($p < 0,001$)), пацієнти з ШАР перевищують відповідні показники у здорових осіб.

Висновки. Існуючі при ШАР стійкі патоперсональні трансформації потребують комплексного вивчення структури, типології факторів формування, розробки системи превенції і корекції з метою зменшення їх дезадаптивного впливу.

Clinico-psychological characteristics of schizoaffective disorder remission in the context of pathopersonological transformations in the post-manifestation period (a clinical-ethological aspect)

M. Ye. Khomitskiy

The study of patient behavior is an integral part of a clinical psychopathological study, the significance of which is difficult to overestimate. Timely diagnosis in the period of remission in schizoaffective disorder (SAD) with a high degree of confidence through the clinical-ethological approach, as well as the ability to quantify the dynamics of psychopathological disorders is a promising direction of modern psychiatry. A solution to this problem would provide an opportunity to optimize therapeutic and rehabilitation measures, thereby improving the quality of life for patients and their families.

The aim of this study was to study the clinical and psychopathological (using the clinical and ethological method) characteristics of remission conditions in patients suffering from SAD.

Materials and methods. On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia), 81 patients were examined with an established diagnosis of schizoaffective disorder. Diagnosis of the disease was carried out according to the 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). The average age in the sample was 41.8 ± 8.9 years. The distribution by sex was: 41 women and 40 men. The disease duration in the sample ranges from 3 to 35 years, the average was 15.5 ± 6.3 years. All patients signed an informed consent to participate in the study. The mandatory criterion for inclusion in the sample was the state of clinical remission with psychotic symptoms reduction. The main research methods were clinical-psychopathological, clinical-ethological, clinical-anamnestic and clinical-catamnestic, as well as medical-statistical analysis.

Results. The clinical-ethological characteristics of the socio-communicative interaction of patients with SAD obtained through postures, facial expressions and gestures have statistically significant differences regarding the characteristics of healthy individuals and indicate the presence of persistent transformations of pathopersonological range. Patients suffering from SAD demonstrate a specific complex of non-verbal behavioral components, which is characterized by a significant content of aggressively-warning elements: aggressive posture ($P < 0.001$), aggressive head lunge ($P < 0.001$), close look ($P < 0.01$), grin ($P < 0.05$), lip-biting ($P < 0.001$), tightening of the lips ($P < 0.001$), teeth chatter ($P < 0.01$), raising the arm ($P < 0.05$), clinched fist ($P < 0.001$), spreading knees ($P < 0.01$). By the level of non-verbal aggression in the socio-communicative relationship, as well as by the content of elements indicating an increased level of anxiety (gesture with fixation on the neck ($P < 0.01$), gesture with fixation on the stomach ($P < 0.01$), gesture of walking away ($P < 0.01$), gesture of hand-rubbing ($P < 0.001$)), patients with SAD exceed the corresponding figures in healthy individuals.

Conclusions. The stable pathopersonological transformations that are present in SAD require a comprehensive study of the structure, typology of factors in their formation, development of prevention and correction systems with a view to reducing their disadaptive effects.

Key words:

schizoaffective disorder, affective symptoms, behavior, pathopersonological features, analysis.

Zaporozhye medical journal
2019; 21 (5), 656–661

Вивчення поведінки пацієнта є невіддільною складовою клініко-психопатологічного дослідження, значення якого складно переоцінити. Однак на практиці здебільшого невербальні характеристики поведінки оцінюються «в цілому», без глибокої деталізації та без проведення квантифікації. Яскравим прикладом інтуїтивного оцінювання досвідченим психіатром ознак наявності в пацієнта шизофренічного процесу є «praesox gefuhl» за H. C. Rümke.

Враховуючи парадигму діагностики останніх десятиліть, що в багатьох випадках передбачає числове оцінювання наявних психічних порушень, психіатрична наука та практика потребують упровадження методик чисельного оцінювання невербальних ознак поведінки пацієнта [1,5,6,8]. Основою цих методик є клініко-етоло-

гічний метод, який враховує біологічні та соціальні фактори модифікації поведінки [4]. Методики, що розроблені з використанням клініко-етологічного методу, довели свою інформативність і дали змогу дослідити маркери позитивних і негативних розладів при шизофренії, тригери агресивної поведінки тощо. Передбачається, що визначення невербальних маркерів у поведінці буде сприяти вивченню ендотипів при ендогенних психічних захворюваннях, що дасть можливість поліпшити диференційну діагностику, оцінювати динаміку психічного стану на патогенетичному рівні та сформувати прогностичні критерії.

Згідно з даними фахової літератури та попередніх власних досліджень, нозоспецифічні невербальні поведінкові маркери – стійкі та зберігаються в поведінці

пацієнта і в період ремісії ендogenous захворювання, змінюючи психічний склад в цілому, а тому можуть належати до патоперсоналогічних трансформацій. Прикладом формування стійких змін патоперсоналогічного кола є шизоафективний розлад (ШАР), під час якого та в періоди ремісії (як вважалося раніше – інтермісії) наявна стійка трудова та соціальна дезадаптація різного ступеня. Нині проблема вивчення патоперсоналогії ШАР не має адекватного вирішення [7].

Діагностичні моделі, що застосовують під час ШАР, здебільшого орієнтовані на симптоматику екзацербачії захворювання, котра є поліморфною та демонструє динамічний синдромокінез [2,3,7]. Ці фактори призводять до діагностичних помилок, погіршностей під час призначення тривалої підтримувальної терапії, погіршення комплаєнсу та поглиблення соціальної дезадаптації пацієнтів. Своєчасна діагностика з високим рівнем вірогідності завдяки використанню клініко-етологічного підходу, а також можливості кількісного оцінювання динаміки психопатологічних розладів у період ремісії ШАР є перспективним напрямом сучасної психіатрії, що дасть можливість оптимізувати терапевтичні та реабілітаційні заходи, внаслідок яких буде поліпшено якість життя пацієнтів та їхніх родин.

Мета роботи

Вивчення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії в пацієнтів, які страждають на ШАР.

Матеріали і методи дослідження

В обласній клінічній психіатричній лікарні (м. Запоріжжя) обстежили 81 пацієнта із встановленим діагнозом шизоафективний розлад. Діагностику захворювань здійснили згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Середній вік у вибірці становив $41,8 \pm 8,9$ року. Пацієнтів поділили за статтю: 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці – від 3 до 35 років, середній показник – $15,5 \pm 6,3$ року. Середній вік пацієнтів на час початку захворювання у вибірці – $26,3 \pm 7,4$ року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксували від 2 до 28 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник становив $11,4 \pm 5,9$ разів. Обов'язковий критерій включення у вибірку – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-етологічний, клініко-катамнестичний, клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод використали для підтвердження діагнозу за критеріями міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду та стану ремісії на момент дослідження.

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

Клініко-анамнестичний метод застосували для поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-етологічний метод використали для вивчення структури та типології невербальної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарія, що укладений V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [4].

Провели дві 10-хвилинні бесіди на тему анамнезу життя пацієнта в парах пацієнт – лікар із виконанням відеозйомки (за умов інформованої згоди). Під час першої бесіди лікар був одягнений у медичний халат, під час другої – у звичайний одяг, без будь-якої атрибутики медичного працівника. Отже, під час другої частини дослідження проведена деформалізація рольової ідентичності лікаря-психіатра як можливого чинника модифікації поведінки пацієнта. Відеозаписи розшифровано клініко-етологічним методом і визначено факт демонстрації пацієнтом окремих поведінкових елементів по каналах пози, жести, міміки. Оцінювання результатів дослідження здійснили окремо під час першої та другої частини інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювали як суму результатів.

Статистичний аналіз даних виконали методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP і SPSS 10.0.5 for Windows. Для перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак застосували метод аналізу чотирипольних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Йейтса, критерій Стюдента t , критерій Фішера F , коефіцієнт Пірсона r).

Результати

Згідно з результатом дослідження невербальної поведінки для пацієнтів із ШАР характерні особливості: такі позиції тіла у стані сидіння, як статичне з випрямленою спиною (P.2.1), та поза агресії (P.2.8) виявлені в 11,1 та 18,5 % осіб відповідно. Ці показники є вищими, ніж у контрольній групі ($\chi^2 = 10,389$; $p < 0,01$ для P.2.1 і $\chi^2 = 26,566$; $p < 0,001$ для P.2.8). Протилежні закономірності ($\chi^2 = 7,133$; $p < 0,01$) спостерігали під час оцінювання показників пози вдумливості (P.2.3), яка зафіксована тільки в одного пацієнта з ШАР (1,2 %), а у здорових осіб спостерігали у 12,0 % випадків.

Вивчаючи інші невербальні елементи пози, виявили групу ознак, що можуть бути асоційовані з діагнозом ШАР. До них належать: P.4.2 – агресивний випад головою ($\chi^2 = 20,830$; $p < 0,001$), P.6.2 – підняте одне або обидва плеча ($\chi^2 = 9,855$; $p < 0,01$), P.6.7 – гіпертонус плеча ($\chi^2 = 10,340$; $p < 0,01$), P.8.11 – обидві руки розміщені на стегні ($\chi^2 = 9,855$; $p < 0,01$), P.8.13 – кулак ($\chi^2 = 18,074$; $p < 0,001$), P.8.16 – скребкові рухи ($\chi^2 = 5,675$; $p < 0,05$), P.8.19 – одна рука стискає пальці другої руки ($\chi^2 = 8,703$; $p < 0,01$), P.9.3 – коліна розведені ($\chi^2 = 8,480$; $p < 0,01$), P.9.11 – притупування ступнею ($\chi^2 = 5,941$; $p < 0,01$). У контрольній групі частіше, ніж при ШАР фіксували елементи P.4.1 – дивиться прямо вперед ($\chi^2 = 5,491$; $p < 0,05$) і P.9.4 – коліна зведені ($\chi^2 = 8,480$; $p < 0,01$) (табл. 1).

Дослідження невербальної активності контингентів за мімікою показало такі результати: зоровий контакт

Таблиця 1. Характеристика невербальної поведінки при ШАР і здорових осіб (поза у стані сидючи)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР (n = 81)		Здорові особи (n = 250)		χ^2	χ^2 з поправкою Йейтса	ϕ	r	t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %					
P.2 Позичі у стані сидючи										
P.2.1	Статичне з випрямленою спиною	9	11,1	5	2,0	12,537	10,389	0,195	0,191	p < 0,01
P.2.3	Підтримка голови однією рукою (вдмливність)	1	1,2	30	12,0	8,353	7,133	0,159	0,157	p < 0,01
P.2.8	Агресії	15	18,5	5	2,0	29,404	26,566	0,298	0,286	p < 0,001
P.4 Компоненти голови										
P.4.1	Дивиться прямо вперед	62	76,5	220	88,0	6,367	5,491	0,139	0,137	p < 0,05
P.4.2	Агресивний випад головою	13	16,0	5	2,0	23,483	20,830	0,266	0,257	p < 0,001
P.6 Компоненти плечей										
P.6.2	Одне або обидва плеча піднято	12	14,8	10	4,0	11,532	9,855	0,187	0,183	p < 0,01
P.6.7	Гіпертонус плеча	11	13,6	8	3,2	12,183	10,340	0,192	0,188	p < 0,01
P.8 Компоненти рук										
P.8.11	Обидві руки розміщені на стегні	12	14,8	10	4,0	11,532	9,855	0,187	0,183	p < 0,01
P.8 Особливі позиції однієї руки										
P.8.13	Кулак	12	14,8	5	2,0	20,620	18,074	0,250	0,242	p < 0,001
P.8.16	Скробкові руки (гострі кігті)	3	3,7	0	0	9,344	5,675	0,168	0,166	p < 0,05
P.8.19	Особливі позиції обох рук: одна рука стискає пальці другої руки	4	4,9	0	0	12,497	8,703	0,194	0,191	p < 0,01
P.9 Компоненти ніг										
P.9.3	Коліна розведені	19	23,5	25	10,0	9,612	8,480	0,170	0,168	p < 0,01
P.9.4	Коліна зведені	62	76,5	225	90,0	9,612	8,480	0,170	0,168	p < 0,01
P.9.11	Притупування ступнею	7	8,6	5	2,0	7,725	5,941	0,153	0,151	p < 0,05

Таблиця 2. Характеристика невербальної поведінки при ШАР і здорових осіб (міміка)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР (n = 81)		Здорові особи (n = 250)		χ^2	χ^2 з поправкою Йейтса	ϕ	r	t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %					
M.1 Компоненти зорового контакту										
M.1.1	Дивиться в обличчя співрозмовника	77	95,1	250	100	12,497	8,703	0,194	0,191	p < 0,01
M.1.2	Пильний погляд на обличчя співрозмовника (без моргання понад 2 хвилини та відведення погляду)	20	24,7	25	10	11,241	10,025	0,184	0,181	p < 0,01
M.4 Компоненти лоба та площі брів										
M.4.4	Фланш бровами	49	60,5	217	87	26,827	25,186	0,285	0,274	p < 0,001
M.4.14	Амімія верхньої частини обличчя	8	9,9	0	0	25,303	21,289	0,276	0,266	p < 0,001
M.5 Компоненти ділянки рота										
M.5.1	Посмішка	54	66,7	117	47	9,669	8,890	0,171	0,168	p < 0,01
M.5.2	Оскал	17	21,0	28	11	4,989	4,191	0,123	0,122	p < 0,05
M.5.5	Асиметрична посмішка	9	11,1	8	3	7,859	6,319	0,154	0,152	p < 0,05
M.5.15	Кусання губ	9	11,1	3	1	17,200	14,480	0,228	0,222	p < 0,001
M.5.16	Стиснуті губи	8	9,9	3	1	14,335	11,762	0,208	0,204	p < 0,001
M.5.23	Намагання говорити	2	2,5	30	12	6,364	5,319	0,139	0,137	p < 0,05
M.5.29	Звисання нижньої губи	5	6,2	0	0	15,669	11,794	0,218	0,213	p < 0,001
M.5.34	Прицмокування	5	6,2	0	0	15,669	11,794	0,218	0,213	p < 0,001
M.5.35	Клацання зубами	4	4,9	0	0	12,497	8,703	0,194	0,191	p < 0,01
M.5.37	Розслаблений рот	11	13,6	3	1	8,912	6,720	0,164	0,162	p < 0,05

пацієнтів із ШАР характеризувався 4 випадками, коли протягом інтерв'ю пацієнти не дивились в обличчя співрозмовника, а в контрольній групі не зафіксували жодного випадку, коли б у перебігу бесіди людина не демонструвала елемент M.1.1 (дивиться в обличчя співрозмовника), $\chi^2 = 8,703$; p < 0,01. Поряд з тим при ШАР частіше ($\chi^2 = 10,025$; p < 0,01) спостерігали елемент M.1.2 – пильний погляд на обличчя співрозмовника (без моргання понад 2 хвилини та відведення погляду).

Аналіз компонентів лоба та площі брів виявив, що M.4.14 – амімія верхньої частини обличчя асоціюється з ШАР ($\chi^2 = 21,289$; p < 0,01), а M.4.4 (фланш бровами) при ШАР демонструється рідше ($\chi^2 = 25,186$; p < 0,01), ніж у здорових осіб. До невербальних елементів ділянки рота, що корелюють із ШАР належать: M.5.1 – посмішка ($\chi^2 = 8,890$; p < 0,01), M.5.2 – оскал ($\chi^2 = 4,191$; p < 0,05), M.5.5 – асиметрична посмішка ($\chi^2 = 6,319$; p < 0,05), M.5.15 – кусання губ ($\chi^2 = 14,480$; p < 0,001), M.5.16 –

Таблиця 3. Характеристика невербальної поведінки при ШАР і здорових осіб (жест вільною рукою)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Пацієнти з ШАР (n = 81)		Здорові особи (n = 250)		χ^2	χ^2 з по-правкою Йейтса	ϕ	r	t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %					
G.2	Жест-вказівка	11	13,6	10	4	7,552	6,217	0,149	0,147	p < 0,05
G.3	Жест-звернення до співрозмовника	1	1,2	23	9	5,772	4,648	0,132	0,131	p < 0,05
G.5	Жест із фіксацією на шиї (жест латентної тривоги)	8	9,9	5	2	10,059	8,080	0,174	0,172	p < 0,01
G.6	Жест із фіксацією на животі	4	4,9	0	0	12,497	8,703	0,194	0,191	p < 0,01
G.8	Жест-відсторонення	4	4,9	0	0	12,497	8,703	0,194	0,191	p < 0,01
G.9	Жест потирання рук	5	6,2	0	0	15,669	11,794	0,218	0,213	p < 0,001
G.11	Піднімання руки (як погроза іншій особі)	3	3,7	0	0	9,344	5,675	0,168	0,166	p < 0,05
G.13	Жести аутогрумінга: волосся	4	4,9	35	14	4,833	4,001	0,121	0,120	p < 0,05
G.15	Шия	8	9,9	3	1	14,335	11,762	0,208	0,204	p < 0,001

стиснуті губи ($\chi^2 = 11,762$; $p < 0,001$), М.5.29 – звисання нижньої губи ($\chi^2 = 11,794$; $p < 0,001$), М.5.34 – прицьмування ($\chi^2 = 11,794$; $p < 0,001$), М.5.35 – клацання зубами ($\chi^2 = 8,703$; $p < 0,01$), М.5.37 – розслаблений рот ($\chi^2 = 6,720$; $p < 0,05$) (табл. 2).

Аналіз показників, що належать до жесту вільною рукою, виявив невербальні елементи, котрі корелюють із діагнозом ШАР. До них належать: G.2 – жест-указання ($\chi^2 = 6,217$; $p < 0,05$), G.5 – жест із фіксацією на шиї (жест латентної тривоги) ($\chi^2 = 8,080$; $p < 0,05$), G.8 – жест-відсторонення ($\chi^2 = 8,703$; $p < 0,01$), G.9 – жест потирання рук ($\chi^2 = 11,794$; $p < 0,001$), G.11 – піднімання руки (як погроза іншій особі) ($\chi^2 = 5,675$; $p < 0,05$), G.15 – аутогрумінг ділянки шиї ($\chi^2 = 11,762$; $p < 0,001$) (табл. 3).

Обговорення

Результати дослідження збігаються загалом з даними вітчизняних [4] та іноземних дослідників [5] щодо наявності в поведінці пацієнтів із ШАР специфічних невербальних маркерів, які свідчать про стійкі трансформації патоперсоналогічного кола. Мімічні прояви пацієнтів із ШАР характеризуються зниженням активності ділянки лоба та площі брів (фланш бровами ($p < 0,001$) та амімія верхньої частини обличчя ($p < 0,001$)), що компенсується підвищенням активності ділянки рота (посмішка ($p < 0,01$), асиметрична посмішка ($p < 0,05$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), стиснуті губи ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), прицьмування ($p < 0,001$)).

Пацієнти, які страждають на ШАР, показують специфічний комплекс поведінкових невербальних компонентів, що характеризується чималою кількістю агресивно-попереджувальних елементів (поза агресії ($p < 0,001$), агресивний випад головою ($p < 0,001$), пильний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), стиснуті губи ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), піднімання руки ($p < 0,05$), кулак ($p < 0,001$), розведені коліна ($p < 0,01$)). За вмістом елементів, що свідчать про підвищений рівень тривоги (жест із фіксацією на шиї ($p < 0,01$), жест із фіксацією на животі ($p < 0,01$), жест-відсторонення ($p < 0,01$), жест потирання рук ($p < 0,001$)), пацієнти з ШАР перевищують відповідні показники у здорових осіб.

Висновки

У дослідженні проаналізували клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів, які страждають на ШАР, і порівняли дані з відповідними характеристиками здорових осіб.

1. Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів із ШАР, що отримані по каналах пози, міміки, жесту, мають статистично значущі відмінності щодо характеристик здорових осіб і свідчать про наявність стійких трансформацій патоперсоналогічного кола.

2. Мімічні прояви пацієнтів із ШАР характеризуються зниженням активності ділянки лоба та площі брів ($p < 0,001$), що компенсується підвищенням активності ділянки рота: посмішка ($p < 0,01$), асиметрична посмішка ($p < 0,05$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), стиснуті губи ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), прицьмування ($p < 0,001$).

3. Пацієнти, які страждають на ШАР, демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, що характеризується чималою кількістю агресивно-попереджувальних елементів: поза агресії ($p < 0,001$), агресивний випад головою ($p < 0,001$), пильний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,001$), стиснуті губи ($p < 0,001$), клацання зубами ($p < 0,01$), піднімання руки ($p < 0,05$), кулак ($p < 0,001$), розведені коліна ($p < 0,01$).

4. За рівнем невербальної агресії при соціально-комунікативній взаємодії, а також за вмістом елементів, що свідчать про підвищений рівень тривоги (жест із фіксацією на шиї ($p < 0,01$), жест із фіксацією на животі ($p < 0,01$), жест-відсторонення ($p < 0,01$), жест потирання рук ($p < 0,001$)), пацієнти з ШАР перевищують відповідні показники у здорових осіб.

5. Наявні при ШАР стійкі патоперсоналогічні трансформації потребують комплексного вивчення структури, типології, чинників формування, розроблення системи превенції та корекції для зменшення їхнього дезадаптивного впливу.

Перспективи подальших досліджень. Результати роботи дають можливість констатувати наявність при соціально-комунікативній взаємодії пацієнтів із ШАР клініко-етологічних ознак стійких патоперсоналогічних трансформацій, котрі характеризуються специфічною дисгармонією міміки, високим рівнем агресії та тривоги,

що може бути використано під час діагностики відзначених розладів. Однак для підтвердження нозологічної специфічності, визначення структури та типології цих змін потрібне комплексне дослідження контингентів, які належать до інших нозологічних одиниць із групи ендогенних психозів із використанням клініко-психопатологічних, медико-психологічних методик із ретельним медико-статистичним аналізом результатів.

Конфлікт інтересів: відсутній.

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

Надійшла до редакції / Received: 22.10.2018

Після доопрацювання / Revised: 28.01.2019

Прийнято до друку / Accepted: 26.02.2019

Відомості про автора:

Хомицький 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 літератури

- [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] Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, et al. *Bipolar Disorder*. 2016. Vol. 18(1). P. 78–80. doi: 10.1111/bdi.12366
- [3] Reducing the Diagnostic Heterogeneity of Schizoaffective Disorder / K. Seldin, et al. *Frontiers Psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 18. doi: 10.3389/fpsy.2017.00018
- [4] Samokhvalov V. P., Samokhvalova O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*. 2011. Vol. II. P. 121–164. doi: 10.1007/978-94-007-0831-0_6
- [5] Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis / H. Santelmann et al. *Bipolar Disorder*. 2015. Vol. 17. Issue 7. P. 753–768. doi: 10.1111/bdi.12340
- [6] The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory / M. Brüne et al. *World Psychiatry*. 2012. Vol. 11. Issue 1. P. 55–57. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.009
- [7] 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. Issue 1. P. 29–34. doi: 10.1007/s00406-013-0410-7
- [8] McGorry P., Nelson B. Why we need a transdiagnostic staging approach to emerging psychopathology, early diagnosis, and treatment. *JAMA Psychiatry*. 2016. Vol. 73. P. 191–192. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2868

References

- [1] Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015) Stratehiia okhorony psykhnichnoho zdorovia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 1, 5–11. [in Ukrainian].
- [2] Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiniello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F., & Vieta, E. (2016) Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorder*, 18(1), 78–80. doi: 10.1111/bdi.12366