

Характеристики соціально-комунікативної поведінки пацієнтів з ендogenous психозами у станах ремісії / інтермісії в контексті постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій

М. Є. Хоміцький*

Запорізький державний медичний університет, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Ключові слова: шизофренія, ендogenous психоз, соціально-комунікативна поведінка, ремісія.

Запорізький медичний журнал. 2020. Т. 22, № 1(118). С. 86–90

DOI: 10.14739/2310-1210.2020.1.194543

*E-mail: nhomitsky@gmail.com

Клінічна картина екзацерацій і станів ремісії/інтермісії ендogenous психозів з епізодичним перебігом (афективні розлади (АР), шизоафективний розлад (ШАР) і шизофренія) змінюється під впливом істинного та терапевтичного патоморфозу, що істотно ускладнює диференційну діагностику та ухвалення рішення щодо нозологічної належності окремих клінічних випадків. Дослідження невербальних характеристик соціально-комунікативного аспекту функціонування за допомогою клініко-етологічного методу дасть можливість верифікувати нозологічну належність, кількісно оцінити стан пацієнта та його динаміку в результаті лікувально-реабілітаційних заходів.

Мета роботи – на підставі порівняльного аналізу клініко-психопатологічних, клініко-етологічних і клініко-катамнестичних характеристик ендogenous психозів з епізодичним перебігом виявити особливості соціально-комунікативної поведінки як ознаки нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у станах ремісії/інтермісії.

Матеріали та методи. На базі КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежили 312 пацієнтів: 102 хворих на АР (53 пацієнти з рекурентним депресивним розладом і 49 пацієнтів із БАР); 102 особи, які страждають на ШАР, та 108 пацієнтів із діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженням афективним компонентом. Обов'язковий критерій залучення – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики. Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-етологічний, клініко-катамнестичний, клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Виявили ознаки нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій, зокрема особливості соціально-комунікативної поведінки. Хворі на шизофренію під час соціальної комунікації демонструють комплекс невербальних поведінкових елементів, які є ознакою аутизації та емоційно-вольового зниження. У хворих на АР наявні субклінічні невербальні ознаки тривожно-депресивних проявів. Пацієнти, які страждають на ШАР, демонстрували специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, що характеризується чималою кількістю агресивно-попереджувальних елементів.

Висновки. У соціально-комунікативній поведінці пацієнтів, які страждають на ендogenous психози з епізодичним перебігом, наявні нозоспецифічні невербальні маркери, які є підтвердженням патоперсоналогічних трансформацій. Дослідження станів ремісії/інтермісії при ендogenous психозах відкриває можливість визначення надалі нозоспецифічних маркерів патоперсоналогічних трансформацій, використовуючи результати під час диференційної діагностики та вибору кон'г'урентних лікувально-реабілітаційних впливів.

Key words: schizophrenia, depressive disorder, social and communicative behavior, remission.

Zaporozhye medical journal 2020; 22 (1), 86–90

Characteristics of the social-communicative behavior of patients with endogenous psychoses with an episodic course in the context of post-manifestation pathopersonological transformations

M. Ye. Khomitskyi

The clinical picture of exacerbations and remission / intermission states in endogenous episodic psychoses (affective disorders (AD), schizoaffective disorder (SAD) and schizophrenia) changes under the influence of true and therapeutic pathomorphosis, which makes it difficult to conduct differential diagnosis and a decision regarding the nosological entity of individual clinical cases. The study of non-verbal characteristics of the social-communicative aspect of functioning with the help of a clinical-ethological method would provide an opportunity to verify the nosological entity, quantify a patient's condition and its dynamics as a result of applying therapeutic and rehabilitation modalities.

The aim – to identify features of social-communicative behavior as a sign of nosospecific pathopersonological transformations in remission / intermission states based on a comparative analysis of clinical-psychopathological, clinical-ethological and clinical-catamnestic characteristics of endogenous psychoses with an episodic course.

Materials and methods. On the basis of "Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital", 312 patients were examined. Among them, 102 patients with AD (53 patients with recurrent depressive disorder and 49 patients with BAD); 102 people suffering from SAD and 108 patients diagnosed with schizophrenia, paranoid form, episodic course, in whom the structure of the disease episodes was characterized by a pronounced affective component. A mandatory inclusion criterion was the state of clinical remission with reduced psychotic symptoms. The main methods of examination were clinical-psychopathological, clinical-ethological, clinical-catamnestic and clinical-anamnestic, as well as medical-statistical analysis.

Results. The signs of nosospecific post-manifestation pathopersonological transformations represented by features of social and communicative behavior were revealed. Patients with schizophrenia demonstrated signs of autism and emotional-volitional deficit

during social communication. In patients with AD, subclinical non-verbal anxiety and depressive symptoms occurred. Patients suffering from SAD showed a specific non-verbal complex characterized by a significant content of aggressively warning elements.

Conclusions. Nosospecific non-verbal markers have been identified in social and communicative behavior of patients suffering from endogenous psychosis with an episodic course confirming the presence of pathopersonological transformations. The study of the remission / intermission states in endogenous psychosis provides an opportunity for further identifying nosospecific markers of pathopersonological transformations using the data obtained in differential diagnosis and selection of congruent therapeutic and rehabilitation modalities.

Характеристики социально-коммуникативного поведения пациентов с эндогенными психозами в состояниях ремиссии / интермиссии в контексте постманифестных патоперсоналогических трансформаций

Н. Е. Хомицкий

Клиническая картина экзацербаций и состояний ремиссии/интермиссии при эндогенных психозах с эпизодическим течением (аффективные расстройства (АР), шизоаффективное расстройство (ШАР) и шизофрения) меняется под воздействием истинного и терапевтического патоморфоза, что значительно усложняет дифференциальную диагностику и принятие решения о нозологической принадлежности отдельных клинических случаев. Изучение невербальных характеристик социально-коммуникативного аспекта функционирования при помощи клинко-этологического метода даст возможность верифицировать нозологическую принадлежность, количественно оценить состояние пациента и его динамику в результате лечебно-реабилитационных воздействий.

Цель работы – на основании сравнительного анализа клинко-психопатологических, клинко-этологических и клинко-катамнестических характеристик эндогенных психозов с эпизодическим течением установить особенности социально-коммуникативного поведения как признака нозоспецифических патоперсоналогических трансформаций в состояниях ремиссии / интермиссии.

Материалы и методы. На базе КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС обследовали 312 пациентов: 102 больных АР (53 пациента с рекуррентным депрессивным расстройством и 49 пациентов с БАР); 102 человека, страдающих ШАР, и 108 пациентов с диагнозом шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения, у которых структура эпизодов болезни отличалась выраженным аффективным компонентом. Обязательный критерий включения – состояние клинической ремиссии с редукцией психотической симптоматики. Основные методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-этологический, клинко-катамнестический, клинко-анамнестический, а также медико-статистический анализ.

Результаты. Установлены признаки нозоспецифических постманифестных патоперсоналогических трансформаций, а именно особенности социально-коммуникативного поведения. Больные шизофренией при социальной коммуникации демонстрируют признаки аутизации и эмоционально-волевого снижения. У больных АР отмечены субклинические невербальные тревожно-депрессивные признаки. Пациенты, страдающие ШАР, демонстрировали специфический невербальный комплекс, характеризующийся значительным содержанием агрессивно-предупредительных элементов.

Выводы. При социально-коммуникативном поведении у пациентов, страдающих эндогенными психозами с эпизодическим течением, установлены нозоспецифические невербальные маркеры, подтверждающие наличие патоперсоналогических трансформаций. Изучение состояний ремиссии/интермиссии при эндогенных психозах открывает возможности дальнейшего установления нозоспецифических маркеров патоперсоналогических трансформаций с использованием полученных данных в ходе дифференциальной диагностики и при выборе конгруэнтных лечебно-реабилитационных воздействий.

Одним із наслідків істинного патоморфозу у психіатричній клініці є збільшення у структурі захворюваності питомої ваги афективних розладів (здебільшого внаслідок депресії) [1,2]. До ендегенних хвороб, для яких афективні розлади є невіддільною частиною або складовою, що доповнює продуктивні розлади в період загострення, належать психози з епізодичним типом перебігу [3,4]. Це 4 окремих нозологічних одиниць: біполярний афективний розлад, рекуррентний депресивний розлад, шизоафективний розлад і шизофренія з епізодичним типом перебігу (нині переважає її параноїдна форма).

Диференційна діагностика в середині названого кластера ендегенних захворювань була й залишається складним завданням [3–6], оскільки афективна та продуктивна симптоматика періоду екзацербачії психозу може мати різні патогенетичні варіанти взаємного впливу, які не вичерпуються поняттями конгруентності або інконгруентності маячних ідей і настрою. Клінічна картина станів ремісії/інтермісії цих захворювань також

змінюється під впливом істинного та терапевтичного патоморфозу, що також ускладнює ухвалення рішення щодо нозологічної належності окремих клінічних випадків. Наявність стійких постманифестних патоперсоналогічних трансформаций із формуванням «депресивного стилю поведінки», виразність яких зростає з розвитком захворювання, констатовано при рекуррентному депресивному розладі [7], хоча раніше загальноприйнятою була думка про відсутність стійких наслідків впливу захворювання на особистість. Отже, перспективним напрямом вивчення патоперсоналогічного аспекту є не тільки визначення особливостей вербального реагування особистості в умовах обстеження, але й дослідження невербальних характеристик соціально-комунікативного аспекту функціонування за допомогою клінко-етологічного методу [8], що дасть змогу верифікувати нозологічну належність, кількісно оцінити стан пацієнта та його динаміку в результаті лікувально-реабілітаційних заходів [1,9].

Ключевые слова: шизофрения, эндогенный психоз, социально-коммуникативное поведение, ремиссия.

Запорожский медицинский журнал. 2020. Т. 22, № 1(118). С. 86–90

Мета роботи

На підставі порівняльного аналізу клініко-психопатологічних, клініко-етологічних і клініко-катамнестичних характеристик ендогенних психозів з епізодичним перебігом виявити особливості соціально-комунікативної поведінки як ознаки нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформації у станах ремісії/інтермісії.

Матеріали і методи дослідження

На базі КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежили 312 пацієнтів: 102 особи, які хворі на афективні розлади (група 1, до якої включені 53 пацієнти з рекурентним депресивним розладом і 49 пацієнтів із БАП); 102 особи, які страждають на шизоафективний розлад (група 2), та 108 пацієнтів із діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу (група 3). Діагностика захворювань здійснена згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду. Обов'язкові критерії залучення у вибірку – стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Усі 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-етологічний метод застосували для вивчення структури та типології невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки, а також кількісного аналізу, використовуючи глосарій, укладений V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [8].

Проводили дві 10-хвилинні бесіди на тему анамнезу життя пацієнта в парах пацієнт – лікар із відеозніманням за умови 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 деформалізовано рольову ідентичність лікаря-психіатра як впливовий чинник модифікації поведінки пацієнта.

Відеозаписи розшифрували, використовуючи клініко-етологічний метод, встановлено факт демонстрації пацієнтом окремих поведінкових елементів каналами пози, жести та міміки. Результати дослідження оцінювали окремо під час першої та другої частини інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювали як суму обох результатів.

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

Клініко-катамнестичний метод передбачав аналіз медичної документації (амбулаторна карта), дані збирали шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення. Клініко-анамнестичний метод застосували для поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Статистичний аналіз виконали методами клінічної, дескриптивної, математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP и SPSS 10.0.5 for Windows. Статистичні відмінності між групами роз-

рахували методом аналізу чотирипільних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 із поправкою Йейтса, критерій Стюдента із поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп).

Результати

У результаті дослідження невербальної поведінки в контингентів виявили такі особливості: позиція тіла сидячи, що характерна ($p < 0,05$ – цей і всі наступні показники р розраховано з поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп) для групи 2, є поза агресії (P.2.8) – 21,6 % спостережень (група 1 – 7,8 %, група 3 – 8,3 %), а позу вдумливості (P.2.3) контингент групи 2 демонстрував рідше ($p < 0,05$), ніж групи 1 (7,8 %) та групи 3 (8,3 %).

Виявили також переважання у групі 2 порівняно з групами 1 і 3 таких елементів: P.4.2 – агресивний випад головою ($p < 0,01$), який визначили у 18,6 %, 4,9 % та 4,6 % випадків відповідно; P.8.11 – обидві руки розміщені на стегні ($p < 0,01$) у 17,6 %, 3,9 % та 4,6 % обстежених відповідно; P.9.11 – притупування ступнею ($p < 0,05$) у 12,7 %, 2,0 % та 2,8 % хворих відповідно (табл. 1).

Визначили відмінності між групами порівняння за проявами міміки. Так, елементи складка Верагута (M.2.5) та намагання говорити (M.5.23) у групі 1 (11,8 % та 17,6 % спостережень відповідно) виявляли частіше ($p < 0,05$), ніж у групі 2 (2,0 % та 3,9 % обстежених) та групі 3 (1,9 % та 5,6 % спостережень). Встановили переважання у групі 2 над групами 1 і 3 таких елементів: M.1.2 – пильний погляд в обличчя співбесідника ($p < 0,05$) – у 29,4 %, 7,8 % та 13,0 % осіб відповідно; M.5.1 – посмішка ($p < 0,01$) – у 62,7 %, 39,2 % та 26,9 % пацієнтів відповідно; M.5.2 – оскал ($p < 0,05$) – у 20,6 %, 4,9 % та 8,3 % хворих відповідно; M.5.15 – кусання губ ($p < 0,05$) – у 11,8 %, 2,0 % та 1,9 % обстежених відповідно. Показник елемента M.4.4 – фланш бровами статистично вірогідно відрізнявся в усіх групах порівняння ($p < 0,05$) та зменшувався в напрямі група 1 (73,5 %) – група 2 (51,0 %) – група 3 (26,9 %) (табл. 2).

Більшість елементів жести, щодо яких виявили статистично вірогідне переважання, характерні для контингенту групи 1. Визначили переважання у групі 1 над групами 2 та 3 таких елементів: G.3 – жест-звернення до співбесідника ($p < 0,01$) – у 12,7 %, 2,0 % та 1,9 % обстежених відповідно; G.6 – жест із фіксацією на животі ($p < 0,05$) – у 15,7 %, 3,9 % та 3,7 % осіб відповідно; G.8 – жест-відсторонення ($p < 0,05$) – у 16,7 %, 3,9 % та 4,6 % пацієнтів відповідно; G.12 – прикривання обличчя руками ($p < 0,05$) – у 13,7 %, 2,9 % та 1,9 % випадків відповідно; G.18 – жест аутогрумінгу носа ($p < 0,05$) – у 12,7 %, 1,0 % та 1,9 % спостережень відповідно. Контингент групи 2 демонстрував G.2 – жест-вказівку частіше ($p < 0,05$), ніж контингенти груп 1 та 3 (14,7 %, 2,9 % та 3,7 % відповідно). Елемент G.25 (гра пальцями) у групі 3 (1,9 % та 17,6 % спостережень відповідно) відзначали частіше ($p < 0,05$), ніж у групі 1 (0,0 %) та групі 2 (1,0 % контингенту). Також пацієнти групи 3 рідше ($p < 0,05$) демонстрували жест аутогрумінгу шиї (G.25) – частота виявлення в групах 1, 2 та 3 дорівнювала 12,7 %, 11,8 % та 1,9 % відповідно (табл. 3).

Таблиця 1. Невербальні характеристики соціально-комунікативної поведінки (поза в положенні сидячи) у групах

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (n = 102)		Група 2 (n = 102)		Група 3 (n = 108)		t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	
P.2 Позичі в положенні сидячи								
P.2.3	Підтримка голови однією рукою (вдмливність)	13	12,7	2	2,0*	14	13,0	p < 0,05
P.2.8	Поза агресії	8	7,8	22	21,6*	9	8,3	p < 0,05
P.4 Компоненти голови								
P.4.2	Агресивний випад головою	5	4,9	19	18,6**	5	4,6	p < 0,01
P.8 Компоненти рук								
P.8.11	Обидві руки розміщені на стегні	4	3,9	18	17,6**	5	4,6	p < 0,01
P.9 Компоненти ніг								
P.9.11	Притупування ступнею	2	2,0	13	12,7*	3	2,8	p < 0,05

*: рівень статистичної вірогідності p < 0,05; **: рівень статистичної вірогідності p < 0,01.

Таблиця 2. Невербальні характеристики соціально-комунікативної поведінки (міміка) у групах

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (n = 102)		Група 2 (n = 102)		Група 3 (n = 108)		t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	
M.1 Компоненти зорового контакту								
M.1.1	Дивиться в обличчя співбесідника	99	97,1	98	96,1	90	83,3*	p < 0,05
M.1.2	Пильний погляд в обличчя співрозмовника	8	7,8	30	29,4*	14	13,0	p < 0,05
M.2 Компоненти очей								
M.2.5	Складка Верагута	12	11,8*	2	2,0	2	1,9	p < 0,05
M.4 Компоненти лоба і площі брів								
M.4.4	Фланш бровами	75	73,5**	52	51,0**	29	26,9**	p < 0,01
M.4.14	Амімія верхньої частини обличчя	2	2,0	8	7,8	24	22,2*	p < 0,05
M.5 Компоненти ділянки рота								
M.5.1	Посмішка	40	39,2	64	62,7**	29	26,9	p < 0,01
M.5.2	Оскал	5	4,9	21	20,6*	9	8,3	p < 0,05
M.5.15	Кусання губ	2	2,0	12	11,8*	2	1,9	p < 0,05
M.5.23	Намагання говорити	18	17,6*	4	3,9	6	5,6	p < 0,05

*: рівень статистичної вірогідності p < 0,05; **: рівень статистичної вірогідності p < 0,01.

Таблиця 3. Невербальні характеристики соціально-комунікативної поведінки (жест) у групах

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (n = 102)		Група 2 (n = 102)		Група 3 (n = 108)		t
		Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	
G.2	Жест-вказівка	3	2,9	15	14,7*	4	3,7	p < 0,05
G.3	Жест-звернення до співрозмовника	13	12,7**	2	2,0	2	1,9	p < 0,05
G.6	Жест із фіксацією на животі	16	15,7*	4	3,9	4	3,7	p < 0,05
G.8	Жест-відсторонення	17	16,7*	4	3,9	5	4,6	p < 0,05
G.12	Прикривання руками обличчя або його частин	14	13,7*	3	2,9	2	1,9	p < 0,05
G.18	Жести аутоґрумінгу – ніс	13	12,7*	1	1,0	2	1,9	p < 0,05
G.15	Жести аутоґрумінгу – шия	13	12,7	12	11,8	2	1,9*	p < 0,05
G.25	Гра пальцями	0	0,0	1	1,0	11	10,2*	p < 0,05

*: рівень статистичної вірогідності p < 0,05; **: рівень статистичної вірогідності p < 0,01.

Обговорення

Результати дослідження загалом збігаються з даними вітчизняних [8] та іноземних дослідників [10] щодо наявності в соціально-комунікативній поведінці пацієнтів, які страждають на ендогенні психози з епізодичним перебігом, нозоспецифічних невербальних маркерів. Наявність цих ознак у станах ремісії/інтермісії оцінюють як стійкі

зміни, що є підтвердженням трансформації патоперсонологічного кола [11] внаслідок ендогенного захворювання.

Висновки

1. Здійснили порівняльний аналіз клініко-психопатологічних, клініко-етологічних і клініко-катамнестичних характеристик ендогенних психозів з епізодичним

перебігом і виявили ознаки нозоспецифічних постма-ніфестних патоперсоналогічних трансформації, як-от особливості соціально-комунікативної поведінки.

2. Хворі на шизофренію під час соціальної комунікації демонструють комплекс невербальних поведінкових елементів, що є ознакою аутизації та емоційно-вольового зниження: уникнення зорового контакту зі співбесідником (16,7 % спостережень), амімія верхньої частини обличчя ($p < 0,05$), рідка демонстрація фланшу бровами ($p < 0,01$), гра пальцями ($p < 0,05$).

3. У хворих на АР у стані клінічної ремісії наявні субклінічні невербальні ознаки тривожно-депресивних проявів: складка Верагута ($p < 0,05$), намагання говорити ($p < 0,05$), жест із фіксацією на животі ($p < 0,05$), жест-відсторонення ($p < 0,05$).

4. Пацієнти, які страждають на ШАР, під час соціальних комунікацій демонстрували специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, що характеризується чималою кількістю агресивно-попереджувальних елементів: поза агресії ($p < 0,05$), агресивний випад головою ($p < 0,05$), пильний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,05$), жест-вказівка ($p < 0,05$).

Перспективи подальших досліджень. Дослідження станів ремісії/інтермісії при ендегенних психозах, використовуючи клініко-психопатологічні, клініко-етологічні, нейропсихологічні та медико-психологічні методи, відкриває можливості визначення надалі нозоспецифічних маркерів патоперсоналогічних трансформацій і використання результатів під час диференційної діагностики та вибору конґруентних лікувально-реабілітаційних впливів.

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

Надійшла до редакції / Received: 21.06.2019
Після доопрацювання / Revised: 01.08.2019
Прийнято до друку / Accepted: 13.08.2019

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.

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.

Сведения об авторе:

Хоміцький Н. Е., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, общей і медичинської психології, наркології і сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

Список литературы

- [1] Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута та ін. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 135.
- [2] Хритинин Д. Ф., Сумарокова М. А., Щукина Е. П. Депрессия и ее лечение у больных с шизоаффективным расстройством. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2019. Т. 1. Вип. 2. С. 50-54. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019191250>

- [3] The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial / D. L. Peterson et al. *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 208. P. 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.011>
- [4] Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression—a systematic review and meta-analysis / H. Santelmann, J. Franklin, J. Bußhoff, C. Baethge. *Bipolar Disorders*. 2015. Vol. 17. Issue 7. P. 753–768. <https://doi.org/10.1111/bdi.12340>
- [5] Quality of life in bipolar and schizoaffective disorder — A naturalistic approach / M. Martín-Subero et al. *Comprehensive Psychiatry*. 2014. Vol. 55. Issue 7. P. 1540–1545. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.009>
- [6] McGorry P., Nelson B. Why We Need a Transdiagnostic Staging Approach to Emerging Psychopathology, Early Diagnosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*. 2016. Vol. 73. Issue 3. P. 191–192. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2868>
- [7] Федченко В. Ю. Особистісні характеристики пацієнтів в динаміці депресивних розладів. *Медична психологія*. 2018. № 3. С. 25-29.
- [8] Samokhvalov V. P., Samokhvalova O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* / ed. M. S. Ritsner. Springer Netherlands, 2011. Vol. 2. P. 121–164. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6
- [9] Vieta E. Developing an Individualized Treatment Plan for Patients With Schizoaffective Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010. Vol. 71. Suppl. 2. P. 14–19. <https://doi.org/10.4088/jcp.9096su1cc.03>
- [10] Intact prioritisation of unconscious face processing in schizophrenia / N. Caruana et al. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2019. Vol. 24. Issue 2. P. 135–151. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1590189>
- [11] Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендегенних психозів у станах ремісії/інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз). *Запорізький медичний журнал*. 2018. Т. 20. № 5. С. 696-700. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2018.5.141541>

References

- [1] Maruta, N. O., Panko, T. V., Fedchenko, V. Yu., Semikina, O. Ye., Kalenska, H. Yu., & Terenkovskiy, D. I. (2017). Diagnostychni kryterii depresyvykh rozladiv na etapakh nadannia medychnoi dopomohy [Diagnostic criteria for depressive disorders at the stages of the health care delivery]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii*, 25(1), 135. [in Ukrainian].
- [2] Khritinin, D. F., Sumarokova, M. A., & Shchukina, E. P. (2019). Depressiya i ee lechenie u bol'nykh s shizoafektivnym rasstroistvom [Depression and its treatment in patients with schizoaffective disorder]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvypuski*, 1(2), 50-54. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019191250> [in Russian].
- [3] Peterson, D. L., Webb, C. A., Keeley, J. W., Gaebel, W., Zielasek, J., Rebello, T. J., Robles, R., Matsumoto, C., Kogan, C. S., Kulygina, M., Farooq, S., Green, M. F., Falkai, P., Hasan, A., Galderisi, S., Larach, V., Krasnov, V., & Reed, G. M. (2019). The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophrenia Research*, 208, 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.011>
- [4] 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 Disorders*, 17(7), 753–768. <https://doi.org/10.1111/bdi.12340>
- [5] Martín-Subero, M., Berk, L., Dodd, S., Kamalesh, V., Maes, M., Kulkarni, J., De Castella, A., Fitzgerald, P. B., & Berk, M. (2014). Quality of life in bipolar and schizoaffective disorder — A naturalistic approach. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1540–1545. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.009>
- [6] McGorry, P., & Nelson, B. (2016). Why We Need a Transdiagnostic Staging Approach to Emerging Psychopathology, Early Diagnosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 191–192. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2868>
- [7] Fedchenko, V. Yu. (2018). Osobystisni kharakterystyky patsientiv v dynamitsi depresyvykh rozladiv [Personality characteristics of patients in the dynamics of depressive disorders]. *Medychna psikhohiia*, (3), 25-29. [in Ukrainian].
- [8] Samokhvalov, V. P., & Samokhvalova, O. E. (2011). Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. In M. S. Ritsner (Ed.), *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* (Vol. 2, pp. 121–164). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6
- [9] Vieta, E. (2010). Developing an Individualized Treatment Plan for Patients With Schizoaffective Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl. 2), 14–19. <https://doi.org/10.4088/jcp.9096su1cc.03>
- [10] Caruana, N., Stein, T., Watson, T., Williams, N., & Seymour, K. (2019). Intact prioritisation of unconscious face processing in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 24(2), 135–151. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1590189>
- [11] Khomitskyi, M. Ye. (2018). Psychopathological manifestations of endogenous psychoses in remission / intermission state as a predispositional factor to personological transformations (comparative analysis). *Zaporozhye medical journal*, 20(5), 696–700. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2018.5.141541>