

Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на шизоафективний розлад, враховуючи типологію патоперсоналогічних трансформацій

М. Є. Хоміцький *

Запорізький державний медичний університет, Україна

В Україні та світі збільшується поширеність шизоафективного розладу (ШАР). Визначили нарощування прямих і непрямих економічних витрат, що пов'язані з цим захворюванням, та зростання ризику суспільно небезпечних дій. Особистісні зміни з формування патоперсоналогічних трансформацій (ПпТ) під впливом сукупності факторів (ендогенні, психогенні, фармакогенні) призводять до порушення трудової, соціальної адаптації та повторних госпіталізацій у зв'язку з загостренням психозу або через соціальні чинники. Дослідження типологічних особливостей ПпТ при ШАР дасть можливість застосовувати персоналізовану лікувально-реабілітаційну програму для підтримання стану ремісії та протидії соціальній дезадаптації.

Мета роботи – розроблення та апробація програми комплексної терапії та реабілітації, враховуючи типологію ПпТ при ШАР, на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

Матеріали та методи. На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 102 пацієнти з діагнозом шизоафективного розладу. Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний, клініко-катамнестичний і медико-соціальний, медико-статистичний аналізи.

Результати. Встановили наявність і частоту реєстрації 4 основних типів ПпТ при ШАР: афективно-лабільний – 20,1 % контингенту, параноїально-дистимічний – 17,3 %, істеро-агоністичний – 25,9 %, нейрокогнітивно-дефіцитарний – 16,9 %; змішаний тип ПпТ – 19,8 % контингенту. Розробили та апробували програму комплексної терапії та реабілітації, враховуючи типологію ПпТ при ШАР, на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

Висновки. Програма комплексної терапії та реабілітації при ШАР, що розроблена й апробована в результаті дослідження, враховує типологію ПпТ і поєднує психофармакологічні, психоосвітні, психосоціальні та психотерапевтичні заходи. Вона довела свою ефективність, а отже її можна використовувати у клінічних умовах для запобігання загостренням та покращення якості ремісії, рівня соціальної адаптації.

Ключові слова:

психотичний розлад, клініка, патоперсоналогічні особливості, лікування, реабілітація.

Запорізький медичний журнал.
2020. Т. 22, № 6(123).
С. 833-839

*E-mail:
nhomitski@ukr.net

Optimization of psychosocial rehabilitation of patients with schizoaffective disorder according to a typology of pathopersonological transformations

M. Ye. Khomitskyi

Currently, there is a significant increase in the prevalence of schizoaffective disorder (SAD) in Ukraine and in the world, an increase in the direct and indirect economic costs of this disease, and rise in the risk of socially dangerous acts. Personality changes in the formation of pathopersonological transformations (PpT) influenced by a range of factors (endogenous, psychogenic, pharmacogenic) result in impaired work and social adjustment as well as re-hospitalization due to exacerbation of psychosis or social factors. The study on the typology of PpT in SAD would allow using a personalized treatment and rehabilitation program in order to maintain the state of remission and counteract social maladjustment.

The aim of the study was the development and testing of a complex therapy and rehabilitation program considering the typology of PpT in SAD based on the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological, clinical-etiological characteristics of remission states.

Contingents and methods. A total of 102 patients with the diagnosis of SAD were examined in the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia). The main methods of examination were clinical-psychopathological, psychodiagnostic, pathopsychological, clinical-anamnestic, follow-up study, social medical and statistical analysis.

Results. The presence and prevalence of the four main PpT types were found in SAD ("affective-labile" (20.1 % of the contingent), "paranoid-dysthymic" (17.3 %), "hysterical-agonistic" (25.9 %), "neurocognitive deficient" (16.9 %) and mixed type of PpT (19.8 % of the contingent). The program of complex therapy and rehabilitation was developed and tested considering the typology of PpT in SAD based on the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological, clinical-etiological characteristics of remission states.

Conclusions. Developed and tested in the study program of complex therapy and rehabilitation for patients with SAD addressing the typology of PpT and combining psychopharmacological, psychoeducational, psychosocial and psychotherapeutic measures, has proved to be effective and can be used in clinical settings to prevent exacerbation, improve the quality of remission and the level of social adjustment.

Key words:

psychotic disorder, pathopersonological features, diagnostics, treatment, rehabilitation.

Zaporozhye medical journal
2020; 22 (6), 833-839

Оптимизация психосоциальной реабилитации больных шизоаффективным расстройством с учетом типологии патоперсоналогических трансформаций

Н. Е. Хомицкий

В Украине и мире отмечен рост распространенности шизоаффективного расстройства (ШАР), увеличение прямых и косвенных экономических затрат, связанных с этим заболеванием, рост риска общественно опасных действий. Личностные

Ключевые слова:

психотическое расстройство, клиника, патопсихологические особенности, лечение, реабилитация.

Запорожский медицинский журнал. 2020. Т. 22, № 6(123). С. 833-839

изменения по формированию патопсихологических трансформаций (ПпТ) под влиянием совокупности факторов (эндогенные, психогенные, фармакогенные) приводят к нарушению трудовой, социальной адаптации и повторным госпитализациям в связи с обострением психоза или из-за социальных факторов. Исследование типологических особенностей ПпТ при ШАР даст возможность применять персонализированную лечебно-реабилитационную программу для поддержания состояния ремиссии и противодействия социальной дезадаптации.

Цель работы – разработка и апробация программы комплексной терапии и реабилитации с учетом типологии ПпТ при ШАР на основе анализа клинико-психопатологических, медико-психологических, клинико-этиологических характеристик состояний ремиссии.

Материалы и методы. На базе КНП «Областное клиническое учреждение по предоставлению психиатрической помощи» ЗОС обследовали 102 пациентов с диагнозом шизоаффективного расстройства. Основные методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, патопсихологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический и медико-социальный, медико-статистический анализ.

Результаты. Установлено наличие и соотношение 4 основных типов ПпТ при ШАР: аффективно-лабильный – 20,1 % контингента, паранойяльно-дистимический – 17,3 %, истеро-агонистический – 25,9 %, нейрокогнитивно-дефицитарный – 16,9 %; смешанный тип ПпТ – 19,8 % контингента. Разработана и апробирована программа комплексной терапии и реабилитации с учетом типологии ПпТ при ШАР на основе анализа клинико-психопатологических, медико-психологических, клинико-этиологических характеристик состояний ремиссии.

Выводы. Разработанная и апробированная в результате исследования программа комплексной терапии и реабилитации при ШАР учитывает типологию ПпТ и сочетает психофармакологические, психообразовательные, психосоциальные и психотерапевтические мероприятия, доказала свою эффективность, а значит может быть использована в клинических условиях для предотвращения обострения, улучшения качества ремиссии и повышения уровня социальной адаптации.

В Україні та світі збільшується поширеність ендогенних афективних розладів, зокрема і шизоафективного розладу (ШАР). Визначили збільшення прямих і непрямих економічних витрат, що пов'язані з цим колом захворювань, зростання ризику суспільно небезпечних дій [1–7].

З огляду на успіхи психофармакології та наявність широкого арсеналу антипсихотичних, нормотимічних і тимолептичних препаратів, які характеризуються широким спектром впливу на психіку, завдання з компенсації загострення ШАР вдається вирішити в більшості клінічних випадків у достатньо нетривалий проміжок часу. Але не завжди вдається реалізувати завдання зі збереження стану ремісії на максимально тривалий термін і наближення його за клінічними показниками та рівнем соціального функціонування до стану інтермісії. Особистісні зміни з формування патопсихологічних трансформаций (ПпТ) під впливом сукупності факторів (ендогенні, психогенні, фармакогенні) призводять до порушення трудової та соціальної адаптації, зниження прихильності до приймання підтримувальної терапії в амбулаторних умовах і повторних госпіталізацій у зв'язку з загостренням психозу або через соціальні чинники.

Сучасні принципи надання психіатричної допомоги хворим на ендогенні психози у станах ремісії наголошують на необхідності комплексного персоналізованого підходу з доповненням психофармакологічних впливів психоосвітою та психотерапією [5–7]. Відзначимо, що ефективність лікувально-реабілітаційних заходів при ШАР, які здійснюються за «традиційною» схемою, є недостатньою. З часом у більшості пацієнтів із ШАР знижується рівень соціальної (трудова і сімейної) адаптації. Важливим кроком до реалізації принципу персоналізації лікувально-реабілітаційних заходів при ШАР є категоризація наявних в окремому клінічному випадку ПпТ відповідно до встановленої типології.

Отже, диференційований підхід під час визначення наявності та типологічних особливостей ПпТ при ШАР дасть можливість застосовувати лікувально-реабілітаційну програму, що заснована на принципах персоналізованого підходу, враховуючи прогностичні критерії,

чинники формування соціальної дезадаптації та наявні особистісні адаптаційні ресурси.

Мета роботи

Розроблення та апробация програми комплексної терапії та реабілітації, враховуючи типологію ПпТ при ШАР, на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

Матеріали і методи дослідження

На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 102 особи із встановленим діагнозом шизоафективного розладу. Діагностика здійснена згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду. Середній вік пацієнтів становив $45,0 \pm 10,3$ року; поділ за статтю – 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання – від 2 до 35 років, середній показник – $16,8 \pm 8,3$ року. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці становив $28,2 \pm 7,6$ року.

Обов'язкові критерії залучення у вибірку: наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами.

Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний, клініко-катамнестичний і медико-соціальний, медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод використали для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження, а також для оцінювання стану пацієнтів за Clinical Global Impression – Improvement scale (CGI-I) та Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [8].

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

Клініко-катамнестичний метод передбачав аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збирання відомостей шляхом опитування пацієнта, його родичів і найближчого оточення.

За допомогою психодіагностичного методу проаналізували особистісні характеристики стандартизованим методом дослідження особистості (СМДО) [9], особливості реагування на хворобу (РНХ) і рівень адаптивності оцінювали за тестовою методикою ТОБОЛ [10]. Психодіагностичне обстеження також передбачало визначення нейропсихологічного статусу з використанням набору нейрокогнітивних методик, заснованих на розробках А. Р. Лурія (Л. І. Вассерман, 1997) [11].

Клініко-етологічний метод застосували для вивчення структури та типології невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, що укладений V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [12].

Статистичний аналіз даних виконали методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. Здійснили кластерний аналіз результатів. 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 Єйтса, критерій Фішера ϕ).

Результати

Вивчаючи клініко-анамнестичні характеристики контингенту, виявили: клінічний тип ШАР, який домінував у групі обстеження, – змішаний (56 осіб). У 25 пацієнтів діагностували маніакальний, у 21 особи – депресивний тип ШАР. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 32 епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, у середньому у вибірці цей показник становив $11,9 \pm 6,8$ разів.

У результаті кластерного аналізу даних 81 пацієнта, результати обстеження яких за усіма застосованими методиками вірогідні, поділили на 5 кластерів, з-поміж них 4 мали чіткі клінічні відмінності, 1 кластер не мав клінічної індивідуальності та визначений як «змішаний» (19,2 % контингенту).

Надалі під час аналізу результатів сформували портрети 1–4 кластерів. У кластер 1 (афективно-лабільний тип ПпТ) включили 20,1 % контингенту. Цей кластер характеризується нетривалим терміном захворювання ($p < 0,01$); низькими показниками тривалості перебування на стаціонарному лікуванні, кількості госпіталізацій та відсотка госпіталізацій через соціальні чинники ($p < 0,01$); збереженням ($p < 0,01$) рівня трудової та сімейної адаптації; низькими ($p < 0,01$) показниками негативної симптоматики та загальних розладів за PANSS; невисоким рівнем невербальної агресії в соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); низькою частотою призначення лікування класичними нейролептиками ($p < 0,01$); високими показниками ($p < 0,01$) шкал 2 (Депресія), 3 (Емоційна лабільність) та 7 (Тривожність) СМДО; переважанням тривожного

($p < 0,01$) й егоцентричного ($p < 0,05$) типів РНХ; збереженістю нейрокогнітивних функцій ($p < 0,01$).

Визначальні характеристики кластера 2 (паранойально-дистимічний тип ПпТ, 17,3 % обстежених): нетривалий термін захворювання ($p < 0,01$); низький ($p < 0,01$) показник кількості госпіталізацій із помірним ($p < 0,01$) показником відсотка госпіталізацій через соціальні чинники; помірне ($p < 0,01$) зниження рівня трудової адаптації та помірний ($p < 0,01$) рівень інвалідизації; помірне зниження рівня сімейної адаптації; відсутність ($p < 0,01$) призначень тригексифенідилу; високі ($p < 0,01$) показники продуктивних розладів та помірно виражені ($p < 0,01$) негативні та загальні розлади за PANSS; високий рівень невербальної агресії в соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високі показники ($p < 0,01$) за шкалами 1 (Надконтроль) та 4 (Імпульсивність) СМДО; переважання ($p < 0,01$) паранойального та дисфоричного типів РНХ; порушення ($p < 0,01$) динамічного праксису та розуміння ситуативного мовлення та слів.

До ознак найчисленнішого (25,9 % контингенту) кластера 3 («істеро-агоністичний» тип ПпТ) належать середня ($p < 0,01$) тривалість захворювання; чимала кількість госпіталізацій і днів, що проведені у стаціонарі ($p < 0,01$); помірна ($p < 0,01$) трудова та виражена ($p < 0,01$) сімейна дезадаптація; помірно виражені ($p < 0,01$) позитивні, негативні та загальні розлади за PANSS; високий рівень невербальної агресії в соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високі показники ($p < 0,01$) за шкалами 4 (Імпульсивність), 8 (Індивідуалістичність) та 9 (Оптимізм та активність) СМДО; переважання ($p < 0,01$) ергопатичного й анозогнозичного типів РНХ порушення конструктивного праксису ($p < 0,01$).

Ознака кластера 4 (нейрокогнітивно-дефіцитарний тип ПпТ), в який включили 16,9 % контингенту: найбільші ($p < 0,01$) показники тривалості захворювання, тривалості, кількості госпіталізацій загалом і відсотка госпіталізацій через соціальні чинники; виражена ($p < 0,01$) трудова дезадаптація та найвищий ($p < 0,01$) рівень інвалідизації; високий ($p < 0,01$) рівень прихильності до медикаментозного лікування та призначення типових нейролептиків і тригексифенідилу; атипіві антипсихотики призначали тільки в поодиноких випадках ($p < 0,05$); виражені ($p < 0,01$) негативні та загальні розлади за PANSS; помірний рівень невербальної агресії в соціально-комунікативній поведінці ($p < 0,01$); високий ($p < 0,01$) показник шкали 8 (Індивідуалістичність) СМДО; переважання ($p < 0,05$) егоцентричного типу РНХ і порушення ($p < 0,01$) низки нейрокогнітивних функцій (розуміння ситуативного мовлення та слів, динамічного праксису, рахування та розв'язання простих задач, просторового орієнтування, віддзеркаленого мовлення та розуміння логіко-граматичних структур).

Характеристики типів ПпТ при ШАР наведені на рис. 1 і 2.

Відповідно до встановленої типології ПпТ при ШАР, враховуючи визначені клініко-психопатологічні характеристики, патопсихологічні механізми усвідомлення та соціально-особистісного реагування, розробили й апробували на практиці систему комплексної терапії та реабілітації хворих на ШАР із застосуванням психофармакологічних, психоосвітніх, психосоціальних і психо-

1

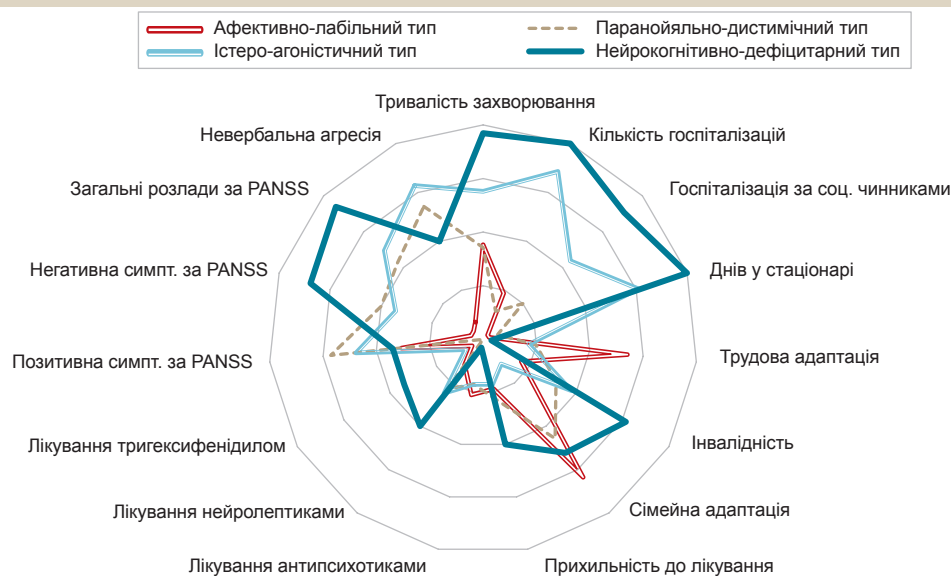


Рис. 1. Клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, медико-біологічні та медико-соціальні характеристики типів ПпТ при ШАР.

2

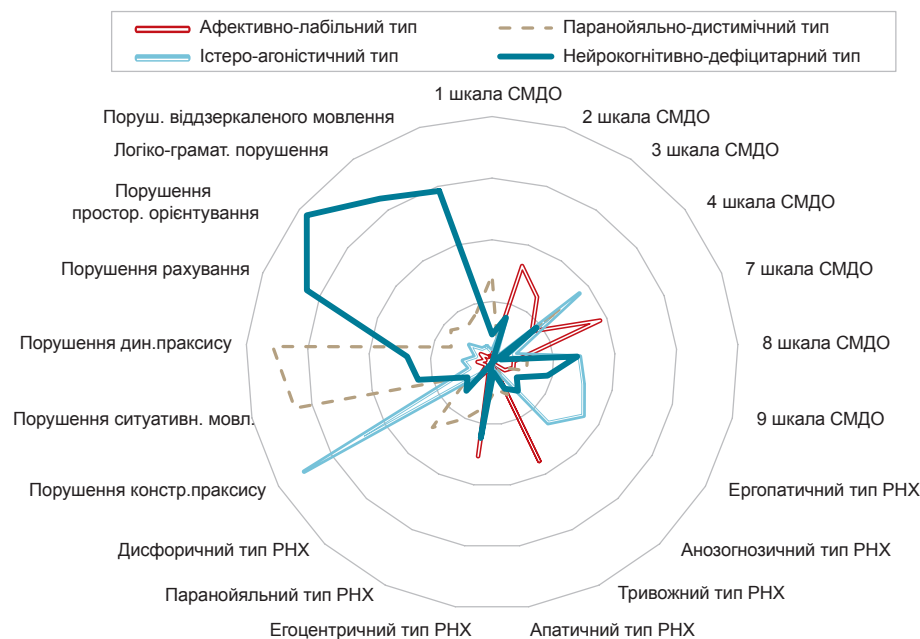


Рис. 2. Патопсихологічні характеристики типів ПпТ при ШАР.

терапевтичних заходів на засадах персоніфікованої медицини. Основні напрями впливу системи терапії та реабілітації, що розробили:

- запобігання розвитку загострення психозу та редукція наявної в ремісії продуктивної симптоматики як складової ПпТ;
- підвищення обізнаності пацієнта щодо причин виникнення, механізмів розвитку, ознак загострення захворювання та ПпТ;
- комплексна корекція психопатологічних, патопсихологічних, нейрокогнітивних проявів ПпТ;
- формування у пацієнта свідомої відповідальності щодо приймання медикаментозної терапії, регулярності візитів до лікаря-психіатра та підвищення рівня комплаєнсу;
- формування в пацієнта навичок оцінювання та контролю свого психічного стану;

- формування в пацієнта та його оточення навичок контролю емоційного напруження для запобігання особистісної декомпенсації, враховуючи наявні ПпТ;
 - корекція способу життя пацієнтів, запобігання вживанню психоактивних речовин;
 - підвищення соціальної компетентності пацієнтів, збереження та покращення рівня соціальної (трудової та сімейної) адаптації.
- Запропоновану систему комплексної терапії та реабілітації застосовували поетапно після встановлення ознак ПпТ із визначенням типології та ступеня вираженості. Етапи застосування системи: I – формування свідомого комплаєнсу; II – активної терапії та корекції; III – підтримувальної терапії та соціальної реабілітації.
- Комплекс заходів, які застосовували на кожному етапі, формували відповідно до мети та індивідуальних особливостей пацієнта.

I етап (тривалість – 4–5 тижнів) передбачав такі заходи:

- психофармакотерапія (призначення та підбір дози препаратів) для стабілізації емоційного реагування;
- психоосвіта (індивідуальна, сімейна), що спрямована на покращення медикаментозного комплаєнсу та формування мотивації до психокорекції;
- раціональна та поведінкова психотерапія (самопостереження з визначенням психологічних та етологічних ознак);
- сімейна психотерапія (взаємодія з родичем пацієнта, який забезпечить допомогу в реалізації програми реабілітації).

II етап (тривалість – 10–12 тижнів) базувався на:

- психофармакотерапії (корекція схеми лікування) для нівелювання симптомів, які перешкоджають або уповільнюють процеси реабілітації, та мінімізації побічних ефектів медикаментозної терапії;
- психоосвіти (сімейна, групова);
- психотерапії індивідуальної та групової (поведінкової, когнітивно-поведінкової, сімейної та арт-терапії).

III етап передбачав заходи:

- психофармакотерапія (зниження дозування до «підтримувальних», прагнення до монотерапії) для запобігання загостренням психозу та підтримки стабільності психічного стану;
- психосоціальна реабілітація (комунікативні тренінги);
- арт-терапія.

Тривалість III етапу – 20–48 тижнів і може бути подовжена, враховуючи індивідуальну потребу, або завершується загальноприйнятими рекомендаціями щодо необхідності щомісячного відвідування лікаря-психіатра та можливість зменшення доз препаратів для підтримувальної (протирецидивної) терапії до повного скасування (за умови відсутності побічних ефектів, збереження стабільної ремісії та рівня соціальної адаптації) через термін, який має бути не меншим ніж 5 років.

Базуючись на отриманих у результаті дослідження психопатологічних і патопсихологічних ознаках основних типів ПпТ при ШАР, застосували відповідні схеми психофармакотерапії, що також враховували індивідуальні особливості анамнезу хвороби.

Так, пацієнтам з афективно-лабільним типом ПпТ до призначення антипсихотиків із седативним ефектом (кветіапін, арипіпразол, рисперидон) додавали антидепресанти з групи СИЗЗС (пароксетин, сертралін) з анксиолітичним ефектом, крім випадків, коли пацієнт страждає на маніакальний тип ШАР або в анамнезі зафіксовано змішані фази з інверсією афекту, спричиненою лікуванням антидепресантами.

Пацієнтам із паранойяльно-дистимічним типом ПпТ у разі недостатньої ефективності антипсихотиків (оланзапін, амисульприд, рисперидон) у схему лікування додавали класичний нейрелептик зі здебільшого седативним ефектом (хлорпротексен, левомепромазин).

У випадку сформованого істеро-агоністичного типу ПпТ і переважання у клінічній картині загострень психозу маніоформних станів до призначення антипсихотичного препарату (оланзапін, рисперидон) додавали нормотимік (вальпроат натрію) або класичний нейрелептик (хлорпротексен, левомепромазин).

Пацієнтам із нейрокогнітивно-дефіцитарним типом ПпТ вибір антипсихотика та дозування визначався необхідністю седатії (середні дози кветіапіну, оланзапіну, рисперидону) або активації (середні дози арипіпразолу, рисперидон у низьких дозах). У клінічних випадках стійкої багаторічної ремісії психозу та за наявності суттєвого нейрокогнітивного дефіциту додатково призначали лікування ноотропними засобами (пірацетам, вінпоцетин) курсом тривалістю 6–8 тижнів.

Комплексна програма терапії та реабілітації пацієнтів із ШАР апробована за участю 92 осіб із наявними ПпТ; 60 осіб отримали повний курс відповідно до програми, яку запропонували, 32 особи отримували лікування та реабілітацію за загальноприйнятими принципами. У групах кількість пацієнтів із різними клінічними типами ПпТ значущо не відрізнялася. Результати оцінювали через 12 місяців.

За цей період пацієнти, які отримували лікування за загальноприйнятими принципами, статистично вірогідно частіше ($\chi^2 = 7,939$, $p < 0,01$) зверталися за стаціонарною допомогою та були госпіталізовані (14 випадків у 32 обстежених), ніж пацієнти, які отримували лікування та реабілітацію в межах програми, котру запропонували (10 випадків госпіталізацій у 60 осіб).

За результатами оцінювання за шкалою CGI-I, серед пацієнтів, в яких не виникла потреба у стаціонарному лікуванні, кращі результати ($p < 0,05$) отримали під час лікування, реабілітації за запропонованою програмою (у 38,0 % зареєстрували істотне поліпшення стану), ніж за умови лікування за традиційними принципами (істотне поліпшення – тільки в 5,6 % групи).

Обговорення

Результати дослідження корелюють із даними вітчизняних [5,12] та іноземних дослідників [1,4] і свідчать про наявність у пацієнтів із ШАР клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак ПпТ, структура яких має типологічні відмінності. Визначення типології ПпТ при ШАР у кожному окремому клінічному випадку є важливою складовою персоналізації програми медико-соціальних реабілітаційних заходів.

Висновки

1. У дослідженні розробили й апробували програму комплексної терапії та реабілітації, враховуючи типологію ПпТ при ШАР, на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

2. Встановили наявність і частоту реєстрації 4 основних типів ПпТ при ШАР (афективно-лабільний – 20,1 % контингенту, паранойяльно-дистимічний – 17,3 %, істеро-агоністичний – 25,9 %, нейрокогнітивно-дефіцитарний – 16,9 %; змішаний тип ПпТ – 19,8 % контингенту), що відрізняються за клініко-анамнестичними, клініко-психопатологічними, медико-психологічними, нейропсихологічними, клініко-етологічними характеристиками та впливом на рівень соціальної адаптації.

3. Співвідношення типів ПпТ при ШАР змінюється з тривалістю захворювання. Вже на початку хвороби

($p < 0,01$) формуються афективно-лабільний і паранормально-дистимічний типи ПпТ, які характеризуються відносним збереженням рівня соціальної (трудової та сімейної) адаптації. З часом типом ПпТ, що домінує, стає істеро-агоністичний (поглиблюються ($p < 0,01$) явища сімейної та трудової дезадаптації), надалі трансформується в нейрокогнітивно-дефіцитарний тип ПпТ, який спричиняє найбільш виражену ($p < 0,01$) трудову дезадаптацію. Наступні ПпТ призводять до формування нейрокогнітивно-дефіцитарного типу з порушенням ($p < 0,01$) низки нейрокогнітивних функцій: розуміння ситуативного мовлення та слів, динамічного праксису, рахування та розв'язання простих задач, просторового орієнтування, відзеркаленого мовлення та розуміння логіко-граматичних структур.

4. Відповідно до встановленої типології ПпТ при ШАР розробили й апробували на практиці програму комплексної терапії та реабілітації хворих на ШАР, застосовуючи психофармакологічні, психоосвітні, психосоціальні та психотерапевтичні заходи, на засадах персоналізованої медицини. Запропонована система комплексної терапії та реабілітації включала такі етапи: I – формування свідомого комплаєнсу; II – активної терапії та корекції; III – підтримувальної терапії та соціальної реабілітації.

5. Як показав аналіз ефективності запропонованої комплексної програми терапії та реабілітації, при ШАР порівняно з традиційним підходом зареєстрували зниження ($\chi^2 = 7,939$, $p < 0,01$) показника звернення за стаціонарною допомогою та поліпшення ($p < 0,05$) психічного стану (за шкалою CGI-I у 38,0 % контингенту виявили суттєве поліпшення стану, а під час лікування за традиційними принципами – у 5,6 % групи).

Перспективи подальших досліджень. Розроблена й апробована в результаті дослідження програма комплексної терапії та реабілітації при ШАР враховує типологію ПпТ і поєднує психофармакологічні, психоосвітні, психосоціальні, психотерапевтичні заходи, довела свою ефективність, а отже її можна використовувати у клінічних умовах для запобігання загостренням, покращення якості ремісії та рівня соціальної адаптації.

Конфлікт інтересів: відсутній.

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

Надійшла до редакції / Received: 03.04.2020

Після доопрацювання / Revised: 12.05.2020

Прийнято до друку / Accepted: 15.06.2020

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.

ORCID ID: [0000-0002-8622-6718](https://orcid.org/0000-0002-8622-6718)

Information about author:

Khomitskiy 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 и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Список літератури

- [1] Sequential type schizoaffective disorder: A concept missed in the classificatory system / S. Das, M. V. Pantoji, U. M. Mehta, J. Thirthalli. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 36. P. 86-87. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.013>
- [2] Pai N., Vella S. L. The misdiagnosis of schizoaffective disorder. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 53. Issue 11. P. 1124-1125. <https://doi.org/10.1177/0004867419872246>
- [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] Серікова О. С. Клінічна диференціація психопатологічної симптоматики депресивного, маніакального та змішаного типів шизоафективного розладу у динаміці. *Science Rise: Medical Science*. 2018. Вип. 4 С. 43-48. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2018.132560>
- [6] Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута та ін. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 135.
- [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. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035>
- [8] Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987. Vol. 13. Issue 2. P. 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- [9] Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. СПб.: Стройлеспечатль, 1997. 303 с.
- [10] Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
- [11] Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб.: Речь, 2000. 219 с.
- [12] Samokhvalov V. P., Samokhvalova O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* / ed. M. Ritsner. Springer, Dordrecht, 2011. Vol. 2. P. 121-164. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6

References

- [1] Das, S., Pantoji, M. V., Mehta, U. M., & Thirthalli, J. (2018). Sequential type schizoaffective disorder: A concept missed in the classificatory system. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 86-87. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.013>
- [2] Pai, N., & Vella, S. L. (2019). The misdiagnosis of schizoaffective disorder. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(11), 1124-1125. <https://doi.org/10.1177/0004867419872246>
- [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] Serikova, O. (2018). Klinichna dyferentsiatsiia psykhopatolohichnoi symptomatyky depresyvnoho, maniakalnoho ta zmishanoho tyvnyshyzoafektyvnoho rozladu u dynamitsi [Clinical differentiation of psychopathological symptoms in depressive, manic and mixed types of schizoaffective disorder in dynamics]. *Science Rise: Medical Science*, (4), 43-48. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2018.132560> [in Ukrainian].
- [6] Maruta, N. O., Panko, T. V., Fedchenko, V. Yu., Semikina, O. Ye., Kalenska, H. Yu., & Terenkovskiy, D. I. (2017). Diahnostychni kryterii depresyvykh rozladiv na etapakh nadannya medychnoi dopomohy [Diagnostic criteria for depressive disorders at the stages of medical assistance]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(1), 135. [in Ukrainian].

- [7] Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014). Mediko-psikhologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo epizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstroistva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*, (3), 71-76. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035> [in Russian].
- [8] Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- [9] Vasserman, L. I., Dorofeeva, S. A., & Meerson, Ya. A. (1997). *Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki: Prakticheskoe rukovodstvo [Methods of neuropsychological diagnostics: A Practical Guide]*. Stroilespechat'. [in Russian].
- [10] Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B., & Vuks, A. Ya. (2005). *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei [Psychological assessment of attitude towards disease: a guide for doctors]*. Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V. M. Bekhtereva. [in Russian].
- [11] Sobchik, L. N. (2000). *Standartizirovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti SMIL [Standardized multifactorial method of studying personality SMIL]*. Rech'. [in Russian].
- [12] Samokhvalov, V. P., & Samokhvalova, O. E. (2011). Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. In M. Ritsner (Ed.), *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* (Vol. 2, pp. 121-164). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6