

Компаративный анализ показателей социальной дезадаптации и критичности у пациентов с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией как компонентов патоперсоналогических трансформаций

Н. Е. Хомицкий

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, дифференциальная диагностика, дезадаптация.

Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 2(107). – С. 242–247

DOI: 10.14739/2310-1210.2018.2.125281

E-mail: nhomitsky@gmail.com

Дифференциальная диагностика шизофрении и шизоаффективного расстройства (ШАР) внутри группы эндогенных психозов представляет собой чрезвычайно актуальную проблему клинической практики и современной психиатрической теории с ее неуклонно расширяющимися и трансформирующимися в последние годы представлениями о систематике типологии психических расстройств. Корректность постановки клиницистами верного психиатрического диагноза определяет терапевтическую стратегию, которая оказывает непосредственное влияние на качество и длительность ремиссий, выраженность побочного действия лекарственных препаратов, медико-социальный прогноз и качество жизни пациентов.

Цель работы – провести сравнительный анализ патоперсоналогических трансформаций, типов отношения к болезни и адаптивности у пациентов, страдающих шизофренией и ШАР.

Материалы и методы. На базе областной клинической психиатрической больницы (г. Запорожье, Украина) обследовали 76 пациентов с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство и 96 пациентов с установленным диагнозом параноидная шизофрения, эпизодический тип течения, у которых структура болезненных эпизодов отличалась выраженным аффективным компонентом. Обязательным критерием включения в выборку для обеих групп было состояние клинической ремиссии с редукцией психотической симптоматики. Основные методы исследования: катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический (методики ММРІ и ЛОБИ), а также медико-статистический анализ.

Результаты. Полученные результаты позволили установить негативное влияние обоих заболеваний на уровень психосоциальной адаптации по различным векторам (интерпсихический – для ШАР, интрапсихический – для шизофрении), а также указать на специфические персоналогические характеристики исследуемых контингентов. Преобладание аутизации личности среди пациентов, страдающих шизофренией, сочеталось с тревожно-невротическими чертами, определяющими ведущий механизм бредаобразования, тогда как импульсивность и психопатизация, доминирующие в личностном профиле пациентов с ШАР, соответствовали аффективному радикалу, ассоциированному с контекстом бредовых переживаний.

Выводы. Установление специфических патоперсоналогических трансформаций при шизофрении и ШАР способствует повышению точности дифференциальной диагностики, приводя к повышению эффективности осуществляемых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключові слова: шизофренія, шизоафективний розлад, диференційна діагностика, дезадаптації.

Запорізький медичний журнал. – 2018. – Т. 20, № 2(107). – С. 242–247

Компаративний аналіз показників соціальної дезадаптації та критичності в пацієнтів із шизоафективним розладом і параноїдною шизофренією як компонентів патоперсоналогічних трансформацій

М. Є. Хоміцький

Диференційна діагностика шизофренії та шизоафективного розладу (ШАР) всередині групи ендогенних психозів – надзвичайно актуальна проблема клінічної практики та сучасної психіатричної теорії з огляду на тенденцію останніх років до неухильного розширення та трансформації уявлень про систематику типології психічних розладів. Коректність встановлення клініцистами правильного психіатричного діагнозу визначає терапевтичну стратегію, котра безпосередньо впливає на якість і тривалість ремісій, вираженість побічної дії лікарських препаратів, медико-соціальний прогноз, якість життя пацієнтів.

Мета роботи – порівняльний аналіз патоперсоналогічних трансформацій, типів ставлення до хвороби та адаптивності пацієнтів, які страждають на шизофренію та ШАР.

Матеріали та методи. На базі обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) обстежили 76 пацієнтів із встановленим діагнозом шизоафективний розлад і 96 пацієнтів із встановленим діагнозом параноїдна шизофренія, епізодичний тип перебігу, в яких структура епізодів хвороби відрізнялася вираженим афективним компонентом. Обов'язковим критерієм включення до вибірки для обох груп був стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики. Основні методи дослідження: катamnестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (методики ММРІ та ООБІ), а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Результати дали можливість виявити негативний вплив обох захворювань на рівень психосоціальної адаптації за різними векторами (інтерпсихічної – для ШАР, інтрапсихічної – для шизофренії), а також вказали на специфічні персоналогічні характеристики досліджуваних контингентів. Переважання аутизації особистості серед пацієнтів, котрі страждають на шизофренію, поєднувалось із тривожно-невротичними рисами, які визначають провідний механізм

утворення маячних ідей, а імпульсивність і психопатизація, що домінують в особистісному профілі пацієнтів із ШАР, відповідали виразності афективного радикала, асоційованого з контекстом маячних переживань.

Висновки. Виявлення специфічних патоперсоналогічних трансформацій при шизофренії та ШАР сприяє підвищенню точності диференційної діагностики, призводячи до підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Comparative analysis of social disadaptation and criticality indicators in patients with schizoaffective disorder and paranoid schizophrenia as components of pathopersonological transformations

M. Ye. Khomitskyi

Differential diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder (SAD), both are included in endogenous psychoses group, which represents an extremely important problem in clinical practice and modern psychiatric theory considering steady expanding and transforming ideas about the systematic typology of mental diseases in recent years. Correctness of psychiatric disease diagnosis by clinicians determines therapeutic strategy, which directly influences the quality and duration of remission, the side effects of medicines severity, medical and social prognosis and quality of patient's life.

The aim – to carry out a comparative analysis of pathopersonological transformations, types of attitude to the disease and adaptability of patients with schizophrenia and SAD.

Contingents and methods. On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia, Ukraine) there were examined 76 patients with an diagnosis of “schizoaffective disorder” and 96 patients with an established diagnosis of “paranoid schizophrenia, episodic type of course”, both with pronounced affective component in the structure of exacerbation episodes. Inclusion criterion in the sample for both groups was the state of clinical remission with reduction of psychotic symptoms. The main methods of investigation were catamnestic, clinical, psychopathological, psychodiagnostic (MMPI and PQBI techniques), as well as medical and statistical analysis.

Results. The obtained results revealed a negative effect of both diseases on the level of psychosocial adaptation in various vectors (interpsychic for SAD and intrapsychic for schizophrenia), and also indicated the specific personological characteristics of the studied contingents. The prevalence of personality autization among patients with schizophrenia combined with anxious and neurotic features, which define the leading mechanism of delusion formation, while impulsivity and psychopathization, which dominate the personality profile of patients with SAD, corresponded to the affective radical associated with the context of delusional-like experiences.

Conclusions. Detection of specific pathopersonological transformations contributes to the differential diagnosis of schizophrenia and SAD accuracy, thereby resulting in greater efficiency and purposefulness of therapeutic and rehabilitation measures.

Key words:

schizophrenia, schizoaffective disorder, differential diagnosis, anomie.

Zaporozhye medical journal
2018; 20 (2), 242–247

В течение последних десятилетий эволюция представлений о психических заболеваниях приводит к усложнению и расширению их нозологической систематики, что требует от клиницистов более тщательного дифференциального подхода при квалификации наблюдаемых психопатологических расстройств. Точность клинической диагностики имеет определяющее значение как для выбора адекватной программы лечебно-реабилитационных мероприятий, так и для дальнейших прогнозов в отношении социальной, профессиональной и личностной состоятельности пациентов. Ярким примером тому служит дифференциальная диагностика шизофрении и шизоаффективного расстройства (ШАР). Отечественные и зарубежные авторы указывают на размытость и неоднозначность диагностических критериев для данных нозозформ наряду со схожестью их психопатологических проявлений, характеризующихся наличием нарушений мышления по шизофреническому типу в сочетании с расстройствами эмоционально-волевой сферы [1,3,6]. Таким образом, определяемые в структуре эндогенного психоза аффективные нарушения могут ошибочно расцениваться как второстепенный, входящий в структуру шизофренического шуба элемент, или, напротив, выделяться в качестве определяющего критерия при квалификации заболевания, без учета выраженности нарушений ассоциативного процесса и других патогномичных для шизофрении симптомов. Это приводит к многочисленным разночтениям в их

идентификации, создавая почву для формального подхода к постановке клинического диагноза специалистом. Несмотря на значительное сходство психопатологической структуры психотических эпизодов в обеих нозологических группах, их медикаментозная терапия, психокоррекционные и реабилитационные мероприятия имеют существенные отличия и, в случае их несоответствия нозологии, могут приводить к учащению экзacerbаций, ухудшению качества ремиссий, усилению выраженности нежелательных побочных явлений, нарастанию специфического дефекта, ухудшению социальной адаптации, инвалидизации, повышению риска социально опасных действий [3,5,10].

Исследовательский интерес к указанной проблеме остается невысоким, а имеющиеся отдельные сообщения по данной теме в большей мере относятся к эпидемиологическому и статистическому аспектам, оставляя неохваченным клинический [2,6]. Это обстоятельство обуславливает актуальность поиска новых подходов к дифференциальной диагностике ШАР и шизофрении. Известно, что шизофренический процесс характеризуется наличием специфической личностной измененности и нарастающей социальной дезадаптации как при экзacerbации заболевания, так и вне психотического эпизода, вплоть до формирования специфического личностного дефекта, в то время как при ШАР «шизофреническая» симптоматика редуцируется в состоянии ремиссии [4,7]. Следовательно, изучение и

сравнительный анализ личностных особенностей пациентов, страдающих ШАР и шизофренией, а также показателей адаптивности углубит представление о данных нозоформах и повысит качество их диагностики [8–10].

Цель работы

Проведение сравнительной оценки личностных особенностей и типов отношения к болезни у пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Материалы и методы исследования

На базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы (ЗОКПБ) обследовали 172 пациента (80 мужчин и 92 женщины) психиатрического стационара, страдающих эндогенными психозами, в возрасте от 22 до 59 лет. Средний возраст по выборке составил $39,4 \pm 9,2$ года. Группу 1 составили 76 пациентов (34 мужчины и 42 женщины) с диагнозом ШАР, группу 2 – 96 пациентов (46 мужчин и 50 женщин) с диагнозом параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения и наличием выраженного аффективного компонента в клинической картине обострений. Диагностику указанных заболеваний осуществляли согласно критериям Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10).

Методы исследования: катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, использованы также методы системного и клинико-статистического анализа.

Комплексная оценка личностного профиля, включающего индивидуальные персонологические, конституциональные, характерологические и поведенческие особенности, проведена на основании результатов прохождения тестирования по методике Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI). Тип отношения к болезни, уровень адаптивности определяли при помощи Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ).

Для минимизации искажения полученных результатов под воздействием актуальных болезненных переживаний обследование контингентов проводили в период ремиссии при условии редукции психотической симптоматики. Профили пациентов, определяемых при помощи методик MMPI и ЛОБИ, представляют собой интегральные клинические выводы, полученные на основании анализа числовых значений по отдельным субшкалам, что позволяет рассматривать финальные заключения обеих методик как качественные показатели.

Статистический анализ данных проводили методами клинической, описательной, математической статистики при помощи программ MS Excel for Windows XP и SPSS 10.0.5 for Windows. Для проверки гипотезы о наличии связи для каждой выбранной пары качественных признаков применяли метод анализа четырехпольных таблиц с расчетом непараметрических статистических критериев (критерий Пирсона χ^2 ; критерий Стьюдента t , критерий Фишера F , коэффициент Пирсона C).

Результаты и их обсуждение

Согласно результатам применения методики MMPI, среди пациентов группы 1 установлены следующие характеристики профилей. Наиболее характерной особенностью, определяемой у 34 (44,7 %) пациентов, стало сочетание пиков на 3 и 9 шкалах, иллюстрирующее высокий уровень эгоцентризма, эмоциональную незрелость, склонность к вытеснению негативного опыта. Данные признаки объединены в инфантильный паттерн. У 24 (31,6 %) пациентов отмечено повышение профиля на 2 и 6 шкалах, что свидетельствовало о склонности к депрессивным реакциям и повышенной тревожности, сформировавшим аффективный паттерн. Профили 16 (21,1 %) пациентов, страдающих ШАР, характеризовались также изолированным пиком на 0 шкале, отражая нарушение межличностного взаимодействия в сторону аутизации и состояние внутренней дисгармонии. Тенденция к проявлению асоциальных, неадекватных форм поведения, а также игнорированию общественно значимых норм и правил прослеживалась у 8 (10,5 %) исследуемых группы 1 и выражалась в виде сочетания повышений по шкалам 4 и 9. В совокупности склонность к аутизации и асоциальные проявления представили дезадаптивный паттерн.

Профили MMPI пациентов группы 2 характеризовались следующими отличительными чертами. Как показатель аутизации выступало изолированное в 22 (22,9 %) случаях или сочетанное в 38 (39,6 %) случаях повышение значений по 0 и 8 шкалам. Резкий пик по 4 шкале определен у 18 пациентов (18,7 %) группы 2, указывая на психопатизацию, импульсивность личности, конфликтность. При этом 4 (4,2 %) случая повышения по 4 шкале сочетались с пиковыми значениями 2 шкалы, что свидетельствовало о высокой суицидальной готовности у пациентов. Данные асоциальные тенденции в совокупности с проявлениями аутизации идентифицированы как дезадаптивный паттерн.

Высокие значения 6 и 7 шкал при снижении профиля по 2 шкале у 26 (27,1 %) пациентов говорили о наличии псевдоневротических бредовых переживаний (псевдоневротический паттерн). Примечательно также, что профили 8 (8,3 %) пациентов обнаруживали высокое отрицательное значение разницы по шкалам F-K, указывающее на стремление к диссимуляции имеющихся болезненных переживаний (диссимулятивный паттерн).

Исследование контингентов при помощи ЛОБИ показало следующие результаты. В группе 1 преобладали смешанные типы отношения к болезни: эргопатически-анозогнозический – у 28 (36,8 %), тревожно-эгоцентрический – у 20 (26,3 %) пациентов. Следующим по частоте – у 16 (21,1 %) пациентов – оказался диффузный тип отношения к болезни с одновременным доминированием в профиле 3 и более типов отношения к болезни. По результатам исследования 8 (10,5 %) пациентов продемонстрировали эйфорический, 4 (5,3 %) – параноидальный радикал в качестве преобладающего. Обращает на себя внимание высокий уровень психической дезадаптивности, связанной с интерпсихической дезадаптацией, установленный у 30 (39,5 %) пациентов группы 1.

Характеристика типов отношения к болезни, сформированных у пациентов группы 2, отличалась тем, что

Таблица 1. Парная сопряженность показателей профилей ММРІ и ЛОБИ у пациентов с ШАР

ММРІ	Признак		ЛОБИ		χ ²	χ ²	ц	С	t	
	абсолютное количество выявленных случаев, чел.	количество выявленных случаев, %	Тип отношения к болезни	абсолютное количество выявленных случаев, чел.						количество выявленных случаев, %
Инфантильный	34	44,7	Эргопатически-анозогнозический	28	36,8	27,382	23,957	0,849	0,647	p < 0,01
Инфантильный	34	44,7	Диффузный	16	21,1	20,171	16,589	0,729	0,589	p < 0,01
Аффективный	24	31,6	Тревожно-эгоцентрический	20	26,3	29,405	25,264	0,980	0,660	p < 0,01
Деадаптивный	24	31,6	Интерпсихическая дезадаптация	30	39,5	26,892	23,317	0,841	0,644	p < 0,01
Всего пациентов в группе:				76						

Таблица 2. Парная сопряженность показателей профилей ММРІ и ЛОБИ у пациентов с параноидной шизофренией, эпизодическим типом течения

ММРІ	Признак		ЛОБИ		χ ²	χ ²	ц	С	t	
	абсолютное количество выявленных случаев, чел.	количество выявленных случаев, %	Тип отношения к болезни	абсолютное количество выявленных случаев, чел.						количество выявленных случаев, %
Диссимулятивный	8	8,3	Анозогнозически-паранойальный	3	6,3	35,200	23,564	0,856	0,650	p < 0,01
Псевдоневротический	26	27,1	Неврастенически-ипохондрический	23	47,9	19,379	16,622	0,635	0,536	p < 0,01
Псевдоневротический	26	27,1	Параноидно-меланхолический	16	33,3	35,657	31,662	0,862	0,653	p < 0,01
Деадаптивный	78	81,2	Интрапсихическая дезадаптация	21	43,8	8,615	6,566	0,424	0,390	p < 0,01
Всего пациентов в группе:				96						

наиболее часто – в 46 (47,9 %) случаях – установлен смешанный неврастенически-ипохондрический тип с паранойальными включениями (у 18 пациентов – 18,8 %) и без таковых (у 28 пациентов – 29,2 %). В 32 (33,3 %) случаях в качестве доминирующих радикалов определена комбинация параноидного и меланхолического. Апатический тип отношения к болезни характерен для 12 (12,5 %) обследованных группы 2; у 6 (6,3 %) пациентов отмечен анозогнозически-паранойальный тип отношения к болезни. Психическая дезадаптация, обусловленная интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, в различной степени выраженности установлена в 42 (43,8 %) случаях.

Нозоспецифические патоперсоналогические трансформации позволили сформулировать гипотезы о наличии сопряженности ряда признаков, определяемых в профиле личности по ММРІ и в типах отношения к болезни ЛОБИ. Сводные данные о взаимосвязях по обоим методикам для каждой группы пациентов представлены в *таблицах 1 и 2*.

Как следует из приведенных данных, совокупность свойств профиля личности пациентов с ШАР, формирующих инфантильный паттерн, могли способствовать формированию эргопатического, анозогнозического типов отношения к болезни ($\chi^2 = 23,957$; $p < 0,01$). Элементы инфантильного паттерна, очевидно, могли препятствовать закреплению преобладающего типа реагирования на собственное заболевание, что иллюстрирует высокий процент диффузных профилей по методике ЛОБИ ($\chi^2 = 16,589$; $p < 0,01$). Выраженность аффективного паттерна в ММРІ-профиле может быть ассоциирована с тревожно-эгоцентрическим типом

отношения к болезни ($\chi^2 = 25,264$; $p < 0,01$). Наличие в личностном профиле аутистического радикала, а также склонности к суицидальным и асоциальным тенденциям поведения находит отражение в выраженной межличностной дезадаптивности пациентов группы 1 ($\chi^2 = 23,317$; $p < 0,01$).

Аналогичный сравнительный анализ результатов исследования в группе 2 позволил установить ряд следующих закономерностей. Деадаптивный паттерн, выраженный в виде высокого уровня аутизации, склонности к психопатизации, импульсивности, суицидальных тенденциях, определяемых по профилю ММРІ, у пациентов с эпизодической шизофренией, имеющих аффективную симптоматику в структуре психотических эпизодов, коррелировал с выраженностью социальной дезадаптации на почве преобладания интрапсихической направленности реагирования на болезнь, идентифицируемой посредством ЛОБИ ($\chi^2 = 6,566$; $p < 0,01$). Указания на вероятность наличия псевдоневротических бредовых переживаний, полученные при интерпретации результатов анкетирования по миннесотскому опроснику, тесно перекликается с преобладающими во второй группе неврастенически-ипохондрическими ($\chi^2 = 16,622$; $p < 0,01$) и параноидно-меланхолическим ($\chi^2 = 31,662$; $p < 0,01$) типами отношения к болезни. Целесообразно также полагать, что формирование анозогнозически-паранойального типа отношения к болезни наиболее характерно для тех пациентов, чьи профили ММРІ указывали на высокую вероятность диссимуляции болезненных переживаний ($\chi^2 = 23,564$; $p < 0,01$).

Сравнение показателей, полученных в группах 1 и 2, указывает на более высокий уровень аутизации и

социальной дезадаптации у пациентов, страдающих шизофренией, в сравнении с больными ШАР. Кроме того, при шизофрении структура личностного профиля более часто ассоциирована с паранойальным, невротическим радикалом, чем при ШАР. В персонологическом портрете пациента с ШАР чаще встречаются акценты на шкалах депрессии и гипомании и низкий уровень зрелости эмоциональных реакций. Бредообразование при шизофрении тяготеет к существованию предрасполагающего тревожно-невротического фона, тогда как при ШАР осуществляется преимущественно на фоне аффективных колебаний. Очевидно, что в основе нарушения психической адаптации при данных заболеваниях лежат различные причины. Так, в случае ШАР дезадаптация в большей степени адресуется к интерперсональным взаимодействиям, тогда как при шизофрении первичный конфликт возникает внутри самой личности больного.

Выводы

В ходе исследования проведен компаративный анализ личностных особенностей и типов отношения к болезни у пациентов, страдающих шизофренией и ШАР, что позволило установить ряд закономерностей.

1. При обоих заболеваниях (шизофрения и ШАР) гармоничный тип отношения к болезни не наблюдали, что свидетельствует о дезадаптивном влиянии обоих заболеваний на личность пациента.

2. Общий уровень адаптивности у пациентов с ШАР достоверно ($p < 0,01$) превышает таковой у пациентов с шизофренией.

3. Ведущий механизм дезадаптации при ШАР – интрапсихический, при шизофрении – интрапсихический.

4. Уровень аутизации пациентов при шизофрении значительно выше, чем при ШАР.

5. Установлены особенности профилей ММРП, ассоциированные с механизмами бредообразования при ШАР и шизофрении (аффективные и тревожно-невротические соответственно).

Перспективы дальнейших исследований.

Результаты проведенных исследований позволяют констатировать наличие взаимосвязей между пато-персонологическими особенностями, типами отношения к болезни и уровнем адаптивности у пациентов, страдающих ШАР и шизофренией, что может применяться в дифференциальной диагностике указанных расстройств. Однако для подтверждения специфичности и устойчивости характера обнаруженных закономерностей необходимо обследование контингентов с применением клинико-психопатологических, нейропсихологических и клинико-этологических методик.

Список литературы

- [1] Костюкова Е.Г. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике / Е.Г. Костюкова, С.Н. Мосолов // Биологические методы терапии психических расстройств (Доказательная медицина – клинической практике) / под. ред. профессора С. Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 491–528.
- [2] Критская В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – М.: ИП РАН, 2015. – 389 с.

- [3] Мучник П.Ю. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов / П.Ю. Мучник, Е.В. Снедков // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №2. – С. 32–36.
- [4] Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» / А.Б. Холмогорова, М.А. Москачева, О.В. Рычкова и др. // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – №3. – С. 99–117.
- [5] Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров / А.Б. Холмогорова, Д.М. Царенко, М.А. Москачева // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – №4. – С. 103–117.
- [6] Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством / С.Н. Мосолов, А.А. Шафаренко, А.В. Ушкалова и др. // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №3. – С. 2-7.
- [7] Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) / C.R. Anthony, L.R. James, H.R. Leah et al. // Study Schizophr Res. – 2014. – Vol. 158. – Issue 1–3. – P. 105–112.
- [8] Impaired emotion regulation in schizophrenia: evidence from event-related potentials / W.P. Horan, G. Hajcak, J.K. Wynn et al. // Psychol Med. – 2013. – Vol. 43(11). – P. 2377–2391.
- [9] Thaler N.S. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia / N.S. Thaler, G.P. Sutton, D.N. Allen // Psychiatry Research. – 2014. – Vol. 220(1–2). – P. 14–309.
- [10] The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel / A.E. Pinkham, D.L. Penn, M.F. Green et al. // Schizophrenia Bulletin. – 2014. – Vol. 40(4). – P. 23–813.

References

- [1] Kostyukova, E. G., & Mosolov, S. N. (2012) Sovremennaya diagnostika i terapiya bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva: ot dokazatel'nykh nauchnykh issledovanij k klinicheskoj praktike [Modern diagnosis and treatment of bipolar disorder: evidence from research to clinical practice]. *Biologicheskie metody terapii psikhicheskikh rasstrojstv (Dokazatel'naja medicina – klinicheskoj praktike)*. (P. 491–528). Moscow: Social'no-politicheskaya mysl'. [in Russian].
- [2] Kritskaya, V. P., & Meleshko, T. K. (2015) *Patopsikhologiya shizofrenii [Pathopsychology of schizophrenia]*. Moscow: IP RAN. [in Russian].
- [3] Muchnik, P. Y., & Snedkov, E. V. (2013). Tipichnye vrachebnye oshibki v differencial'noj diagnostike endogennykh psikhozov [The study of differential diagnosis of endogenous mental disorders in hospital practice]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii*, 2, 32–36. [in Russian].
- [4] Kholmogorova, A. B., Moskacheva, M. A., Rychkova, O. V., Pugovkina, O. D., Krasnova, V. V., Dolnykova, A. A., et al. (2015). Sravnenie sposobnosti k mentalizacii u bol'nykh shizofreniej i shizoaffektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» [Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizo-affective psychosis based on the methodology «Understanding the mental state of the eyes»]. *Eksperimental'naya psikhologiya*, 8(3), 99–117. [in Russian].
- [5] Kholmogorova, A. B., Tsarenko, D. M., & Moskacheva, M. A. (2016) Narusheniya social'nogo poznavaniya pri rasstrojstvakh shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov [The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders]. *Klinicheskaya i special'naya psikhologiya*, 5(4), 103–117. [in Russian].
- [6] Mosolov, S. N., Shafarenko, A. A., Ushkalova, A. V., Alfimov, P. V., & Kostyukova, A. B. (2014). Formalizovannaya diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstrojstva u bol'nykh s pristupoobraznoj shizofreniej i shizoaffektivnym rasstrojstvom [Misdiagnosis of Bipolar I Disorder among patients with the diagnoses of paranoid schizophrenia and schizo-affective disorder in Russian Federation]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv*, 3, 2–7. [in Russian].
- [7] Ruocco, A. C., Reilly, J. L., Rubin, L. H., Daros, A. R., Gershon, E. S., Tamminga, C. A., et al. (2014). Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP). *Schizophrenia Research*, 158(1–3), 105–112. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.001.
- [8] Horan, W. P., Hajcak, G., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2013). Impaired emotion regulation in schizophrenia: evidence from event-related potentials. *Psychological Medicine*, 43(11), 2377–2391. doi: 10.1017/S0033291713000019.
- [9] Thaler, N. S., Sutton, G. P., & Allen, D. N. (2014). Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 14–309. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.

-
- [10] Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 23–813. doi: 10.1093/schbul/sbt081.
-

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.

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.

Конфликт интересов: отсутствует.

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

Надійшла до редакції / Received: 02.10.2017

Після доопрацювання / Revised: 12.10.2017

Прийнято до друку / Accepted: 06.11.2017